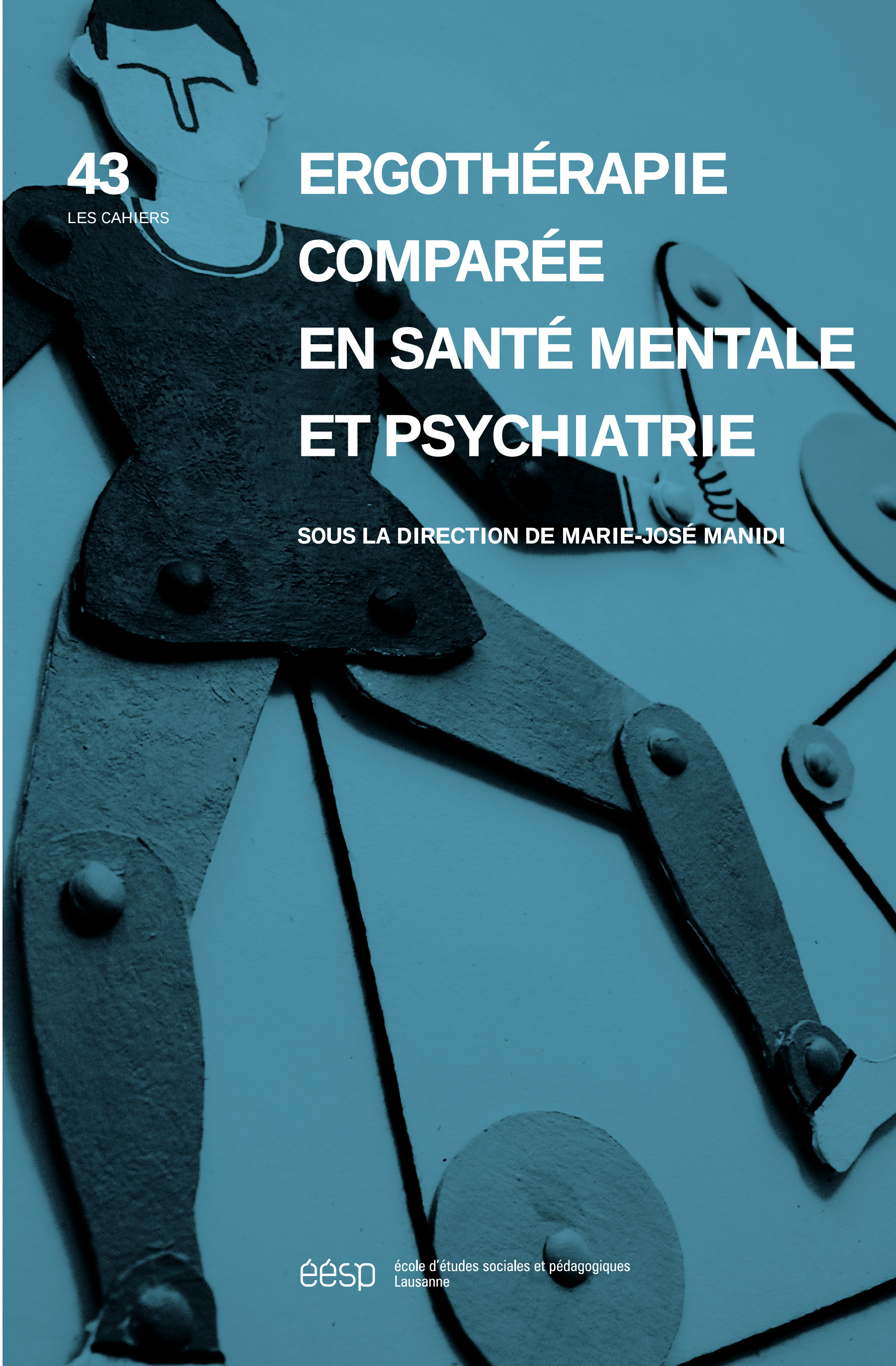


43

LES CAHIERS

ERGOTHÉRAPIE COMPARÉE EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

SOUS LA DIRECTION DE MARIE-JOSÉ MANIDI

éésp
école d'études sociales et pédagogiques
Lausanne

ERGOTHÉRAPIE COMPARÉE

ERGOTHÉRAPIE COMPARÉE

EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

SOUS LA DIRECTION DE MARIE-JOSÉ MANIDI

Haute école de travail social et de la santé – éésp-Vaud

L'École d'Études sociales et pédagogiques de Lausanne publie régulièrement des études et travaux réalisés par ses enseignant·e·s, chargé·e·s de cours et diplômé·e·s. Ces ouvrages illustrent ses divers domaines d'activité, de recherche et d'enseignement, à l'intention de ses ancien·ne·s étudiant·e·s, des professionnel·le·s de l'action sociale et des milieux intéressés.

Le comité d'édition : Robert Frund, Gil Meyer,
Paola Richard-De Paolis, Jean-Pierre Tabin
Coordinatrice financière : Myriam Jorio
Secrétariat d'édition : Susy Ducraux

Maquette : Tassilo Jüdt, www.tassilo.ch
Mise en page : Éditions Antipodes, www.antipodes.ch
Correction : Claude Paré, Lausanne

Diffusion auprès des libraires :
En Suisse :
Albert le Grand Diffusion SA, av. de Beaumont 20, 1700 Fribourg
Hors de Suisse :
CID, bd Saint-Michel 131, 75005 Paris

ISBN : 2-88284-048-9

éésp école d’études sociales et pédagogiques
Lausanne

L’École d’Études sociales et pédagogiques de Lausanne est une fondation au sens des articles 80 et ss. du Code civil suisse, reconnue d’utilité publique, inscrite dans le réseau de la Haute École spécialisée de la Suisse occidentale (HES.SO).

Haute école professionnelle dispensant des formations de niveau tertiaire extra-universitaire, l’éésp bénéficie depuis 1972 d’une assise conventionnelle romande qui a contribué à son rayonnement, lui permettant d’accomplir les missions inscrites dans les statuts de la Fondation : formation de base, perfectionnement et recherche.

L’éésp réalise la formation initiale et continue, la recherche et les prestations de services indispensables au développement de ses filières HES :

- Travail social, avec les orientations en animation socioculturelle, en éducation sociale et en service social.
- Ergothérapie.

Dans ses trois bâtiments, l’école dispose d’auditoires, de salles de cours et de réunion, d’ateliers, pour plus de 700 étudiant·e·s en formation initiale. Un vaste centre de documentation ouvert au public, comprenant bibliothèque et vidéothèque, ainsi que des locaux spécifiques accueillant l’Unité de formation continue et l’Unité de recherche-prestations de service occupent le reste de l’espace.

Pour plus d’informations sur l’éésp, visitez le site : www.eesp.ch
L’information sociale romande se trouve sur les sites :
www.socialinfo.ch et www.guidesocial.ch

REMERCIEMENTS

Cet ouvrage a pu être réalisé grâce au soutien financier :

– De l'Association suisse des ergothérapeutes (ASE) représentée par le Comité central.
– Du Comité des écoles suisses d'ergothérapie (CESET) représenté par les directeurs des écoles d'ergothérapie de Suisse.
– De l'association romande Pro mente sana.

D'autres contributions ont soutenu cette publication. Il s'agit :

– De la Scuola superiore medico-tecnica de Lugano à l'occasion de son 10e anniversaire.
– De l'Institut de formation ergothérapie-IMS Pellegrin – CHU de Bordeaux, France.

Notre reconnaissance va également à Hanneke van Bruggen, directeur exécutif du réseau européen de l'ergothérapie dans d'enseignement supérieur (ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education) qui soutient activement la promotion de ce livre dans l'ensemble du territoire francophone européen.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE

Les premiers manuels d'ergothérapie furent écrits par des médecins. Ils décrivaient les principes et techniques de l'ergothérapie. L'approche théorique sous-tendant l'intervention était imposée par le médecin psychiatre sous la direction duquel travaillait l'ergothérapeute. Par exemple, un manuel publié en 1955 déclarait que le premier principe de l'ergothérapie était que « l'ergothérapie est prioritairement un traitement » (O'Sullivan, 1955, p. 19). Le second principe était que « le traitement doit, à tout moment, être sous la supervision médicale » (*op. cit.*, p. 21). Les ergothérapeutes n'étaient alors pas considérées comme des professionnelles à part entière et elles n'étaient pas habilitées à travailler de manière autonome. Il leur manquait un référentiel de base sur lequel s'appuyer pour orienter et donner forme à leur pratique.

En 1963, aux États-Unis, une ergothérapeute, Gail Fidler, et son mari publièrent un livre présentant une approche de l'ergothérapie en psychiatrie basée sur une théorie de la relation à l'objet (Fidler & Fidler, 1963). Ceci fut le début d'une connaissance fondatrice de l'ergothérapie, autrement dit, d'une épistémologie de l'ergothérapie. Les premières théories furent adaptées d'autres disciplines et servirent à guider la pratique dans différents domaines. Cependant, des ergothérapeutes commencèrent bientôt à développer leurs propres théories de la relation entre

activité et santé qui pouvaient être appliquées de manière plus large. Plusieurs de ces théories provenaient des États-Unis et étaient appliquées telles quelles par les ergothérapeutes d'autres pays, souvent sans les adapter à leur propre culture.

La langue internationale de l'ergothérapie a forcément été l'anglais et la plupart de la littérature a, jusqu'à récemment, été écrite en anglais. La profession possède un réseau international de communication et d'échange remarquablement efficace, ce qui signifie qu'une théorie ou une approche développée sur un continent tel que le modèle canadien de la performance occupationnelle ou le modèle sud-africain de l'habileté créatrice peuvent être facilement accessibles où que ce soit, au travers de la littérature ou de présentations orales. Ceci a contribué à donner à la profession une forte identité globale, ce qui permet aux ergothérapeutes du monde entier de se reconnaître une finalité commune et une philosophie partagée.

Récemment, plusieurs manuels ont été traduits de l'anglais en plusieurs langues, permettant ainsi aux étudiants en ergothérapie d'étudier dans leur langue maternelle. Plus important encore, plusieurs pays publient maintenant leurs propres revues d'ergothérapie et certains ont des manuels écrits dans leur langue d'origine. Ce développement est essentiel si l'on veut que l'ergothérapie devienne socialement et culturellement pertinente et adaptée aux conditions particulières du pays dans lequel elle est pratiquée. Alors que la profession est identifiable dans le monde entier, la pratique est toujours locale, contextualisée et spécifique à un moment, un lieu, un participant ou un groupe. Raison pour laquelle la théorie de l'ergothérapie doit être appréhendée de manière critique et adaptée aux conditions et à la culture locales.

Je suis enchantée de découvrir ce nouveau manuel d'ergothérapie écrit en français et publié en Suisse. Il couvre une grande quantité de théories et d'approches de l'ergothérapie démontrant à quel point notre référentiel de base s'est développé ces cinquante dernières années. Ce livre sera bien reçu et apprécié autant des enseignants, des étudiants que des cliniciens.

Jennifer Creek, erg., DipCOT
North Yorkshire (GB)
Novembre 2005

BIBLIOGRAPHIE

FIDLER, G. S. & FIDLER, J. W. (1963). OCCUPATIONAL THERAPY : A COMMUNICATION PROCESS IN PSYCHIATRY. New York : MacMillan.

O'SULLIVAN, E. (1955). TEXTBOOK OF OCCUPATIONAL THERAPY WITH CHIEF REFERENCE TO PSYCHOLOGICAL MEDICINE. London : HK Lewis.

INTRODUCTION

CATHERINE BRIAND, MARIE-JOSÉ MANIDI,
ISALINE PANCHAUD MINGRONE

Cet ouvrage s'inscrit dans un contexte professionnel médical et pédagogique en changement. Professionnellement, l'ergothérapie en psychiatrie est incitée à sortir progressivement des murs de l'institution hospitalière. La formation des ergothérapeutes en Europe francophone est sur le point d'acquérir ses lettres de noblesse en s'ouvrant aux voies des diplômes académiques et de la recherche scientifique.

L'équipe des auteurs s'est posé plusieurs questions de départ qui cherchent toutes à réduire les tensions souvent présentes en ergothérapie. Comment articuler les cadres de référence avec les modèles de pratique ? Comment l'ergothérapie en psychiatrie (ou en soins aigus) peut-elle se raccorder à l'ergothérapie en santé mentale (ou en réhabilitation) ? Comment intégrer les données probantes aux diverses approches cliniques ? Comment combiner une compréhension spécifique d'une approche clinique avec la variété de l'ensemble des approches ?

Cet ouvrage est un recueil de neuf approches neuropsychosociales appliquées au processus de l'ergothérapie en santé mentale et psychiatrie. Ses objectifs sont – tour à tour et tout à la fois – didactiques et réflexifs, cliniques et systématiques, intégratifs et éclectiques, rigoureux et scientifiques.

Didactique et réflexif : son premier objectif est d'être un instrument de travail et de référence pour les jeunes ergothérapeutes qui débutent

leur profession dans le domaine de l'ergothérapie en santé mentale et psychiatrie. Il est également un document de réflexion pour les ergothérapeutes plus expérimentées qui souhaitent établir des liens avec leur pratique et élargir leurs connaissances.

Clinique et systématique : la deuxième démarche consiste à systématiser l'intervention thérapeutique en suivant le processus clinique en ergothérapie. Chaque approche est présentée dans ce livre en suivant le même fil rouge temporel caractérisé par les étapes du traitement clinique en ergothérapie. Le processus temporel devient ainsi l'unique élément stable au milieu de la variété des personnes impliquées, des contextes psychosociaux et des troubles exprimés. Le principal objectif du processus étant d'accompagner, avec d'autres professionnels et ses proches, le patient dans sa rémission du trouble et sa progressive (ré)adaptation psychosociale.

Intégratif et éclectique : le troisième objectif est d'offrir aux ergothérapeutes, professionnelles et étudiantes, un document de référence, qui permette d'harmoniser différents référentiels théoriques afin de s'y accorder lors d'échanges professionnels et pluridisciplinaires, de s'y référer en présence des assurances sociales ou, lors de l'intervention, de mieux collaborer avec le patient. Une autre intention des auteurs a été de proposer des pistes afin d'intégrer la santé au social ou le pôle individuel au pôle social (cf. *infra*, présentation de la CIF). Une autre démarche est éclectique, elle consiste à choisir parmi plusieurs approches les meilleurs principes ou techniques. En psychothérapie (Duruz, 2001), des études faites en Europe et aux USA montrent que 40 à 60 % des psychothérapeutes utilisent d'autres méthodes ou techniques que celles de leur école d'appartenance. Cette orientation éclectique se justifie par le souci de répondre spécifiquement aux besoins du patient et à ses troubles.

Rigoureux et scientifique : le dernier objectif a été, d'une part, de transférer les concepts des modèles en psychothérapie[1], des domaines plus généraux de l'ergothérapie[2] et de la psychiatrie communautaire[3] vers l'ergothérapie en santé mentale et psychiatrie. D'autre part, nous avons

1 Approches de l'analyse transactionnelle, biopsychosociale, cognitive et comportementale, systémique.
2 Approches de l'intégration sensorielle, MOHO, de l'âge avancé.
3 Approches sociale et ambulatoire.

tenté d'identifier, lorsque cela était possible, les recherches scientifiques correspondant à chacun des domaines, afin d'intégrer les données probantes aux diverses approches cliniques présentées. Ces recherches ont essentiellement porté sur la validation de certains instruments d'évaluation des aptitudes instrumentales et psychosociales des patients ou sur l'estimation de l'efficacité de certaines techniques ou méthodes. D'autres études, plus orientées vers le réseau social, ont un caractère plus descriptif de santé communautaire et ne concernent qu'indirectement l'ergothérapie.

Nous introduisons, pour commencer, la Classification internationale du fonctionnement qui constitue le chapiteau principal dans lequel se joue l'ergothérapie en santé mentale et psychiatrie.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ (CIF, 2001)

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), dans sa version actuelle, est le reflet d'une longue évolution qui remonte aux années 70. L'histoire du développement de cette classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – dite «sociale» – suit ou plutôt correspond assez exactement à l'évolution des perspectives liées à la compréhension des maladies et des handicaps ainsi que des pratiques thérapeutiques, éducatives et sociales successives. Elle traduit un effort de conceptualisation des changements en cours et en particulier la préoccupation pour une approche sociale de la maladie et du handicap, préoccupation qui occupe depuis longtemps la psychiatrie.

La CIF est un instrument qui, au-delà d'une démarche diagnostique biomédicale, devrait permettre de décrire l'ensemble du fonctionnement d'un individu dans la situation qui lui est propre. Cette approche conceptuelle se caractérise par une volonté de répertorier aussi bien les ressources et les difficultés d'une personne que celles de son environnement et des freins que le contexte social au sens large peut lui opposer.

La première version de la classification, proposée par P. Wood, a été éditée en anglais en 1980 et traduite en français en 1988 (OMS, 1988). C'est la classification internationale des handicaps (figure 1): déficiences, incapacités, handicaps (ou désavantages) (CIH ou CDIH).

Cette première classification s'attache à mettre en évidence les conséquences d'une maladie en les organisant sur trois plans :

Déficience ⟶ Incapacité ⟶ Handicap (ou désavantage social)

Figure 1 : Interaction des concepts dans la CIH (OMS, 1988).

La CIH a été soumise dès 1995 à un processus de révision qui a abouti en 2001 à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001). Il est intéressant de noter que cette révision a fait rapidement l'objet d'un vaste débat. Dès sa publication, la première classification a été fortement critiquée pour sa vision linéaire : les incapacités et les handicaps seraient les conséquences directes de ou des déficiences et des problèmes de santé au mépris d'une perspective plus écosystémique, engageant l'environnement comme facteur susceptible d'augmenter, voire de provoquer le handicap de l'individu. Dans le même ordre d'idée, il est reproché à la CDIH de ne pas donner d'outil de classification des facteurs environnementaux (Chapireau, 2001). Il s'agit donc bien d'un débat sur un outil de classification qui concerne aussi bien le monde médical et de la thérapie que celui de l'intervention socio-éducative et de politique sociale.

Pour prendre en compte ces critiques, la CIF (figure 2), dans sa version actuelle, comprend l'ensemble des dimensions en soulignant l'interactivité entre ces dernières et l'équilibre entre les éléments concernant l'individu (la partie supérieure du schéma) et le contexte (facteurs environnementaux et facteurs personnels).

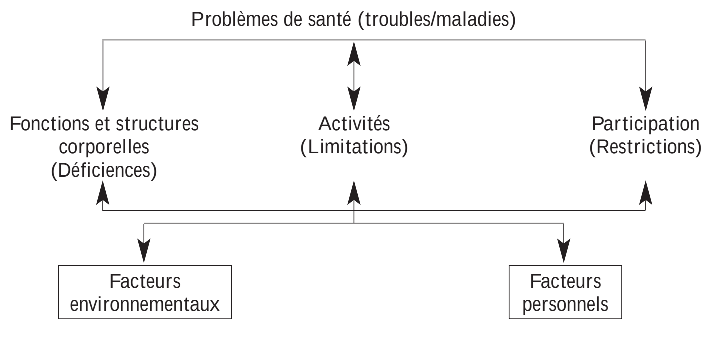


Figure 2 : Interaction des concepts dans la CIF (OMS, 2001).

La codification de la situation d'une personne malade ou handicapée avec la CIF (figure 2) permet, contrairement à la première classification, de mettre en évidence de façon dynamique que deux personnes avec la même maladie ne rencontreront pas forcément les mêmes limites d'activités et les mêmes restrictions de participations suivant le contexte dans lequel elles évoluent. Dans la CIF (OMS, 2001), les facteurs contextuels représentent le cadre de vie d'une personne. Ils incluent les facteurs environnementaux et les facteurs personnels. Les facteurs environnementaux représentent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens mènent leur vie. Les facteurs personnels concernent les dimensions sociologiques de la personne, son âge, son sexe, son niveau socio-économique, ses habitudes de vie.

Enfin, les facteurs environnementaux sont organisés sur deux niveaux différents. L'un est le niveau individuel, il concerne l'environnement immédiat, l'autre est le niveau sociétal.

Cette classification dite « sociale » de l'OMS vient compléter la Classification internationale des maladies (CIM) et peut se conjuguer avec l'approche du DSM (2004) dans ses dernières versions.

La CIF a été élaborée pour répondre à des fins multiples : comme outil statistique, de recherche, comme outil clinique et de politique sociale, et enfin, comme outil pédagogique. Ce qui caractérise la CIF est l'accent mis sur l'interaction entre tous les facteurs. Et c'est cela qui nous intéresse ici. La lecture des différentes pratiques d'ergothérapie en santé mentale et psychiatrie présentées ici met en lumière différentes façons de concevoir ces interactions et la transformation que cette révolution du regard a imprimées aux accents et aux cadres choisis pour l'intervention. Ravaud (1999), dans un texte paru durant la révision de la classification, met bien le doigt sur les enjeux du débat lié à la révision de la classification, enjeux épistémologiques, sociaux et politiques qui se jouent aussi dans la formulation des pratiques en ergothérapie.

Rioux (1997), citée par Ravaud (1999), synthétise les différents points de vue en proposant une typologie du handicap[4]. Celle-ci développe quatre axes : sur un versant, les approches individuelles, l'une biomédicale et

4 Handicap est utilisé ici dans son sens large : situation de handicap, et concerne aussi bien le handicap psychique que physique ou intellectuel.

l'autre fonctionnelle ; sur l'autre, les approches sociales, l'approche environnementale et celle qui se fonde sur les droits humains. Il s'offre à nous, de cette façon, une palette de perspectives qui sont mises en actes dans les approches thérapeutiques développées dans cet ouvrage. Elles illustrent, concrétisent et prolongent le débat sur les tensions (ou les complémentarités ?) et sur les équilibres à trouver entre approches individuelles et approches sociales dans le traitement des troubles psychiatriques.

À la lecture, par exemple, du chapitre VI de Anne-Catherine Pfister El Maliki, décrivant les étapes de la désinstitutionnalisation et le regard rétrospectif que l'on pose aujourd'hui sur ses effets, et la description des mouvements de l'anti-psychiatrie et de la lente reconnaissance du droit des patients par Alain Riesen et Roger Schüler (chapitre IX), on constate des liens extrêmement étroits avec les mises en forme successives de la classification.

Et si le lecteur se concentre sur les pratiques elles-mêmes, il trouvera représentées dans cet ouvrage des orientations thérapeutiques qui recouvrent l'ensemble des axes proposés par Rioux (1997). Certains, comme Marie-José Manidi au chapitre II, choisissent plutôt l'approche individuelle dans son axe fonctionnel. D'autres, comme Patricia Roberts (chapitre IV), Catherine Écuyer (chapitre V) et Anne-Catherine Pfister El Maliki (chapitre VI) sont à cheval entre une approche individuelle (centrée sur les activités et la participation) et une approche sociale, dans ce cas de figure, caractérisée par l'environnement immédiat de la personne. Julie Chappell (chapitre VIII) comme Alain Riesen et Roger Schüler (chapitre IX) – tout en conservant une attention soutenue à l'individu – se situent plus clairement sur le pôle social, avec, chez ces derniers, un accent assez fort mis sur le développement des droits citoyens mais aussi sur une action directe sur l'environnement social. L'espace de traitement est en lui-même un lieu d'échanges qui permet à la fois une modification de la personne en traitement et le changement des attitudes des proches, des voisins, des clients.

SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

L'étude historique de la psychiatrie a démontré le passage de l'enfermement asilaire vers la psychiatrie médicalisée et, plus récemment, vers la santé mentale.

Foucault (1972) opère une déconstruction historique dans son ouvrage intitulé *Histoire de la folie à l'âge classique*. Il y décrit le statut de la folie et de ses conséquences : de l'emprisonnement dans les maisons de correction à l'internement hospitalier ou asilaire, pour des raisons de déviance morale plus ou moins prouvée et justifiée. Il évoque l'immoralité du déraisonnable ou l'animalité de la folie et la crainte qu'elles suscitent dans l'entourage de l'insensé ; on dénommait ainsi les personnes atteintes de troubles psychiques. Swain (1977) démontre, en opposition à Foucault, comment, en passant par les apports de Pinel et Charcot, le patient est soigné en étant appréhendé comme le sujet et non l'objet de son traitement.

Le XXe siècle a marqué la psychiatrie de trois étapes fondatrices qui l'ont fait passer d'un contexte médicalisé à un environnement toujours plus ouvert sur le social et la prise en charge pluridisciplinaire. La première étape s'est faite au début du siècle alors que naissent les deux modèles psychothérapeutiques que l'on qualifiera de la première et de la deuxième force en psychologie. Il s'agit du béhaviorisme et de la psychanalyse. Chacune des deux approches, à sa manière, permet d'humaniser le patient en transformant ses forces animales redoutables en conditionnement classique (béhaviorisme) et en pulsion (psychanalyse). La seconde étape se réalise durant les années 50, elle est marquée par l'avènement des médicaments psychotropes (neuroleptiques et antidépresseurs) qui permet le passage de la ceinture de contention à la ceinture chimique. Le patient est toujours mieux « compensé » à la fois psychologiquement et biologiquement. La troisième étape, enfin, est en quelque sorte l'aboutissement social des deux précédentes. Elle se réalise durant les années 70, sous l'influence de F. Basaglia en Italie et de R. D. Laing en Angleterre. Il s'agit du moment où la psychiatrie passe d'une structure asilaire à une structure de sectorisation. Les hôpitaux psychiatriques diminuent le nombre de lits et raccourcissent la durée de l'hospitalisation. Les centres de réhabilitation et de psychiatrie de proximité se multiplient. Ehrenberg (2001) en fait une très bonne synthèse en donnant un éclairage sociologique de la maladie mentale, en particulier au niveau de ses constituants identitaires. Il argumente une mutation de la maladie mentale en évoquant une dissémination inéluctable et inquiétante des troubles psychiques dans l'ensemble du tissu social par « l'émergence de la santé

mentale, l'apparition d'une culture du malheur intime, la massification des traitements psychotropes» (p. 20).

L'OMS considère que les troubles psychiatriques, dont la dépression, l'alcoolisme, les troubles bipolaires, la schizophrénie et les troubles obsessionnels compulsifs se classent actuellement, en termes de prévalence, au troisième rang des maladies (10,5 % au total). Selon certaines estimations, au niveau mondial, les troubles mentaux constituent dans leur ensemble presque un quart des invalidités ou incapacités (Lopez et Murray, 1998).

Suite aux rapports de l'OMS, des études et des décrets ont été appliqués dans divers pays. En France, la circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale, donne à la psychiatrie la double mission de soigner la maladie psychique et de promouvoir la santé mentale. À la même époque, au Canada, le gouvernement finance diverses initiatives qui ont toutes pour mission la réhabilitation des patients psychiatriques et leur réinsertion dans le contexte psychosocial (Lalonde et al., 2001).

En Suisse plus récemment, un rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) propose une stratégie nationale en vue de protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population. Le but a été de créer un partenariat impliquant un large cercle professionnel, social et politique. Ce projet a débuté en 2002 et s'est terminé à fin 2004 (OFSP, 2004). Une première étape a consisté à faire un recensement quantitatif et qualitatif des diverses formes de prise en charge, afin de définir les offres en particulier dans le domaine de la réhabilitation et du travail d'équipe interdisciplinaire. Ce vaste dispositif a abouti à deux innovations: d'une part, la création d'un observatoire de la santé psychique dont les buts sont le dépistage précoce de maladies psychiques, la promotion de la santé mentale dans les contextes de la famille, l'école et le travail; au niveau des soins, l'encouragement de prises en charge coordonnées et de mesures accrues de réinsertion socioprofessionnelle et de réadaptation psychosociale.

Cet ouvrage d'ergothérapie comparée s'inscrit lui aussi dans cette volonté nationale d'une meilleure appartenance de l'individu à son réseau primaire (informel) et secondaire (professionnel ou psychosocial).

RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE ET INTERVENTIONS ORIENTÉES VERS L'APPRENTISSAGE D'HABILETÉS

L'évolution des pratiques en santé mentale a sans aucun doute favorisé l'émergence des principes de la réadaptation psychosociale (Anthony et al., 2002). Les limites de la médication, les mouvements valorisant davantage les droits des individus, la désinstitutionalisation ainsi que la valorisation de plus en plus grande des interventions extra-hospitalières ont amené la psychiatrie à revoir sa conception de la maladie mentale et des traitements. En se référant à la figure 1 (page 24), la maladie mentale est maintenant décrite en termes de déficiences (pertes ou anomalies des structures), d'incapacités (restrictions des habiletés à réussir une activité de la vie courante) et de handicaps (désavantages qui limitent l'accomplissement des rôles sociaux), et situe les préoccupations davantage au niveau des conséquences de la maladie sur la personne (Anthony et Liberman, 1986; Fougeyrollas et al., 1998). Selon le modèle d'Anthony et al. (2002), la réadaptation psychosociale a comme but de soutenir les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves de façon à ce qu'elles puissent choisir leur environnement, y accéder et s'y maintenir avec succès et satisfaction. Le processus de réadaptation (*rehabilitation* en anglais) permet de faire le pont entre les soins en phase aiguë (le traitement) et la réinsertion socioprofessionnelle (*reintegration* en anglais) afin de faciliter le rétablissement (*recovery* en anglais ou réhabilitation en français) de la personne (Farkas, 1996).

La pratique de l'ergothérapie s'insère parfaitement dans cette évolution de la psychiatrie. En fait, les ergothérapeutes, comme professionnelles de la réadaptation, partagent plusieurs principes du modèle de réadaptation psychosociale (Vallée et al., 1997): l'autodétermination de la personne, l'accent mis sur le potentiel (forces/capacités, droits, aspirations, etc.) plutôt que sur les limites de la personne, la considération pour l'environnement et le milieu de vie de la personne, l'intervention en contexte de vie réelle, l'individualisation des services offerts, adaptés aux besoins spécifiques des personnes, etc. Ces aspects sont d'ailleurs repris et développés dans la Classification internationale du fonctionnement (CIF, 2001).

Préoccupés spécifiquement par l'ensemble des activités qui permettent à une personne de se réaliser, les ergothérapeutes ont aussi comme

objectifs (Crépeau et al., 2003): l'adaptation de la personne à une nouvelle condition, la réappropriation de ses rôles sociaux et la recherche d'un sens à son histoire de vie. Pour y arriver, les interventions ou modalités thérapeutiques sont variées. La réadaptation psychosociale favorise l'apprentissage d'habiletés et la modification de l'environnement (Anthony et al., 2002). Il va sans dire, surtout en Amérique, que les ergothérapeutes sont influencées par les interventions axées sur l'adaptation à la maladie et l'apprentissage d'habiletés nécessaires à la vie en société (un des six domaines de pratiques fondées sur l'évidence scientifique pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves selon Mueser et al., 2003). Leur capacité à adapter et graduer les activités d'apprentissage, leur préoccupation pour la généralisation des apprentissages en contexte de vie réelle ainsi que leur expertise en thérapie de groupe font d'eux les professionnels qualifiés pour animer ce type de modalités thérapeutiques. La thérapie cognitive classique (Chadwick et Birchwood, 1994; Fowler et al., 1995), les modules d'habiletés sociales et de résolution de problèmes (Liberman et al., 1993; Bellack et al., 2004), les modules «*Integrated Psychological Treatment*» (*IPT*) (Brenner, 1992), pour ne nommer que ceux-là, font partie de ces approches dérivées des théories de l'apprentissage et des nouvelles connaissances sur les déficits et biais cognitifs qui ont influencé plusieurs ergothérapeutes en Amérique. Cependant, pour les ergothérapeutes, ces pratiques novatrices s'insèrent dans un processus individualisé et plus large de réadaptation. Le chapitre III sur l'occupation humaine le démontre parfaitement en intégrant des modalités thérapeutiques basées sur l'évidence scientifique à une compréhension plus large de la personne.

LES MODÈLES PSYCHOSOCIAUX EN ERGOTHÉRAPIE

Le terme «psychosocial» n'a pas une définition uniformément acceptée, il est souvent utilisé dans la perspective incluant les aspects psychologiques, cognitifs, sociaux, culturels et spirituels de la personne (*American Occupational Therapy Association*, 2004). Mosey (1999) le définit comme étant caractérisé par des expériences qui développent les aspects intrapersonnels, interpersonnels et sociaux de la personne, ainsi que les interactions qui influencent le comportement et le développement occupationnel. Les modèles psychosociaux que l'auteure présente centrent

leurs interventions sur des dimensions bien spécifiques de la personne telles que l'intégration sensorielle (tactile, posturale, etc.), le fonctionnement cognitif (attention, mémoire, processus de la pensée, conceptualisation, résolution de problèmes, etc.), le fonctionnement psychologique (émotions, motivation, introspection, confiance en soi, etc.) et l'interaction sociale (habiletés sociales et de communication, etc.) (Mosey, 1999). Ces interventions mettent l'emphase sur l'adaptation psychosociale de la personne indépendamment des causes du dysfonctionnement (maladie mentale, deuil, handicap physique ou autres) et se font dans tous les domaines du rendement occupationnel (activités de la vie quotidienne, activités productives, éducation, loisirs, jeu et participation sociale).

Selon Mosey (1999), trois principaux cadres de référence distinguent les ergothérapeutes qui travaillent dans le domaine psychosocial : le cadre analytique, le cadre développemental et le cadre acquisitionnel. Le cadre analytique a comme intérêt le contenu intrapsychique qui guide les comportements et l'activité comme contact avec la réalité pour exprimer (ou amener à la conscience) le contenu latent inconscient. L'approche psychodynamique, non présentée dans cet ouvrage, en fait partie. Le cadre développemental est plutôt influencé par les stades de développement naturels de la personne et utilise l'activité comme moyen compensatoire pour amener la personne à progresser d'un stade de développement à l'autre et répondre à des besoins non comblés. L'approche d'intégration sensorielle (chapitre I) est un bon exemple. Le cadre acquisitionnel, enfin, considère le comportement comme résultant d'un processus d'interaction avec l'environnement et d'apprentissage. L'activité est alors porteuse d'un potentiel pour permettre le développement d'habiletés et l'expérimentation de succès et réussites. L'approche cognitive et comportementale (TCC) en fait partie (chapitre II).

Crepeau et al. (2003) ajoutent à ces cadres de référence les approches dérivées du comportement occupationnel et des sciences de l'occupation. Le modèle de l'occupation humaine de Kielhofner (chapitre III) et le modèle canadien du rendement occupationnel (ACE, 1997), non présenté dans cet ouvrage, en sont de bons exemples. Ils sont propres aux ergothérapeutes et spécifiques à la profession. Ils rendent compte de la conception de la personne comme individu en activité, en constante interaction et adaptation avec son environnement et engagé dans des rôles sociaux qui donnent sens à sa vie.

CADRES DE RÉFÉRENCE ET MODÈLES DE PRATIQUE EN ERGOTHÉRAPIE EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

Plusieurs auteures ont développé les notions de cadres de référence et de modèles de pratique appliqués en ergothérapie tous domaines confondus (Hagedorn, 2001; Morel-Bracq, 2004; Mosey, 1999, pour citer les plus récentes) et plus particulièrement en santé mentale (Creek, 2002). Plusieurs définitions en ont été données par ces auteures, ainsi que diverses classifications. Il serait trop long de les présenter ici.

Dans le contexte de cet ouvrage, les cadres de référence se différencient radicalement des modèles de pratique:

– En santé mentale et psychiatrie, les cadres de référence (figure 3) sont issus d'approches psychothérapeutiques[5]. Nous pourrions les qualifier de *top down*, car ils sont générés par les théories ou écoles psychothérapeutiques qui ont reçu le consensus scientifique des communautés de psychologues ou psychiatres. Une partie des auteurs de ce livre se réfèrent à des modèles psychothérapeutiques en présentant les cadres de référence systémique (chapitre V, Catherine Écuyer), cognitif et comportemental (chapitre II, Marie-José Manidi), biopsychosocial (chapitre VI, Anne-Catherine Pfister El Maliki) et en analyse transactionnelle (chapitre IV, Patricia Roberts). Ces auteures opèrent un transfert de connaissances afin que certains principes psychothérapeutiques spécifiques soient compatibles et applicables en clinique de l'ergothérapie.
– Les modèles de pratique (figure 3) quant à eux sont issus, comme leur nom l'indique, de la pratique ou de la clinique en ergothérapie. Ils appliquent une approche *bottom up* ou émergente des contextes socio-historiques et géopolitiques particuliers. Les chapitres d'Alain Riesen et Roger Schüler (chapitre IX, approche sociale et communautaire) ou de Julie Chappell (chapitre VIII, ergothérapie ambulatoire) rendent compte de deux modèles de pratique différents. Dans ce contexte, les auteurs cherchent à problématiser leur

5 «La psychothérapie est une activité de nature scientifique qui consiste à traiter des troubles psychiques par une méthode psychologique spécifique [à laquelle s'est formé professionnellement le psychothérapeute]» (Duruz, 1994, cité in Duruz, 2002).

Théories générales psychologiques

Écoles de psychothérapie – Écoles de psychothérapie – Écoles de psychothérapie

Cadres de référence

Modèles mixtes

Modèles de pratique

Clinique de l'ergothérapie en santé mentale et pschychiatrie

Figure 3 : Cadre de référence et modèles de pratique en psychiatrie et santé mentale.

pratique, à la partager et à la rendre compréhensible. L'utilisation de cette démarche d'explicitation de la pratique a facilité l'émergence des concepts. Il s'agit souvent d'une action engagée politiquement, qui place la citoyenneté de la personne au centre du dispositif thérapeutique.

– Une troisième catégorie en santé mentale et psychiatrie (figure 3) s'inspire à la fois des cadres de référence et des modèles de pratique. Les deux démarches (*top down* et *bottom up*) sont appliquées simultanément. Les cadres de références constituent le référentiel théorique issu de la psychologie ou des neurosciences, par exemple. Dans ce cas, le cadre de référence renvoie à une théorie plus large qu'une approche psychothérapeutique. René Bélanger, Catherine Briand et Stéphane Rivard (chapitre III) présentent le modèle de l'occupation humaine adapté à la psychiatrie ; celui-ci s'inspire indirectement des théories de la motivation et des théories des aptitudes et intérêts en psychologie. Wolfgang Hesse et Katharina Prünte (chapitre I) présentent le modèle de l'intégration sensorielle pour les patients souffrant de symptômes de la schizophrénie. Ce modèle s'inspire des théories neuro-développementales du contrôle perceptivo-moteur. Amr El Nadi (chapitre VII), enfin, présente l'ergothérapie en psychiatrie de l'âge avancé ; il s'inspire indirectement de la phénoménologie. Ces trois approches sont également émergentes dans la mesure où elles placent l'activité ou l'occupation au centre du dispositif thérapeutique. En cela, ce sont des approches fondatrices d'une réflexion particulière à l'ergothérapie.

LE PROCESSUS CLINIQUE EN ERGOTHÉRAPIE

Dans son sens général (*American Occupational Therapy Association*, 2004; Crepeau et al., 2003), le processus de l'ergothérapie permet, d'une part, de déterminer les domaines et actions spécifiques à la profession d'ergothérapeute et, d'autre part, de les organiser en tenant compte des contraintes scientifiques qui incitent les ergothérapeutes à une pratique basée sur des données probantes. Crepeau et al. (2003) proposent trois domaines:

- Le premier domaine se réfère à identifier les besoins et demandes du client ou du patient et de son contexte, à agir en collaboration et à mettre la relation au centre du dispositif thérapeutique.
- Le deuxième domaine est en lien avec la pratique ou l'évaluation de la performance instrumentale ou occupationnelle (demandes d'activités et leur contexte, les facteurs particuliers au patient et la performance proprement dite).
- Le troisième domaine se réfère au processus clinique spécifique qui consiste à définir et implémenter une intervention clinique. C'est à cette démarche à laquelle nous faisons référence dans ce manuel.

Le processus clinique en ergothérapie (*American Occupational Therapy Association*, 2004) est dynamique et interactif: les performances du patient sont sans cesse modifiées et soumises aux facteurs environnementaux, les prestations thérapeutiques sont également soumises aux effets du contexte institutionnel et aux différents cadres de référence qui vont ainsi modifier le référentiel et les modalités de l'intervention clinique. Dans cette perspective, le processus clinique en ergothérapie est mis en tension entre deux contraintes: l'une clinique, qui est caractérisée par la demande et la performance occupationnelle du patient, et la seconde qui est scientifique et soumise aux données probantes.

Dans le troisième domaine, le processus clinique en ergothérapie détermine l'axe temporel central du traitement clinique (Meyer, 1997; Reed, 1980); il s'agit d'un processus de changement (Hagedorn, 2001). Il illustre les aptitudes cliniques de l'ergothérapeute qui est habilitée à conduire et à accompagner le patient vers l'acquisition ou la consolidation de compétences psychosociales et d'habiletés occupationnelles et instrumentales.

Dans cette perspective, le processus constitue pour l'ergothérapeute un outil stratégique et réflexif. Il est caractérisé par quatre phases[6] principales qui permettent d'organiser l'intervention auprès du patient de manière linéaire, lorsque l'ergothérapeute a peu d'expérience, et de manière toujours plus circulaire, à mesure que ses compétences cliniques et réflexives se développent. Comme l'évoque Meyer (1997), « le processus est une stratégie d'apparence simple, mais elle cherche à appréhender des phénomènes d'une extrême complexité » (p. 8).

Le processus en psychiatrie (Creek, 2002, Hemphill-Pearson, 1999) met l'accent sur les capacités réflexives de l'ergothérapeute. Il se différencie en plusieurs points du processus général de l'ergothérapie. D'une part, parce qu'en psychiatrie, l'ergothérapeute met le plus souvent en place un processus de réadaptation afin de favoriser la réinsertion psychosociale et, dans certains cas, la réinsertion socioprofessionnelle du patient ; et, d'autre part, parce que l'évaluation est continue durant tout le processus.

Une première phase du processus met l'accent sur la détermination du profil de compétences psychosociales du patient. Cette phase aboutit à la détermination de la problématique individuelle ou sociale du patient qui l'empêche de s'insérer socialement de manière stable et satisfaisante et de parvenir à réaliser ainsi ses aspirations. Un cas particulier est l'approche centrée sur les solutions (Catherine Écuyer, chapitre V) où la problématique est remplacée par la formulation d'une solution à cette incapacité.

Une deuxième phase du processus est la formulation des objectifs et la planification du traitement. Dans cette partie sont également décrits les principes et techniques proposés par l'approche particulière.

Une troisième phase est l'application du traitement et d'un certain nombre de moyens ou de ressources relationnelles et environnementales qui favorisent le processus de compensation psychosociale du patient.

Une quatrième et dernière étape consiste à évaluer, en collaboration avec le patient et les autres membres de l'équipe, l'acquisition des compétences par le patient, leur stabilité dans le temps et le degré de satisfaction exprimé par le patient. Cette partie inclut aussi des indications et contre-indications de l'approche proposée.

6 L'évaluation formative, l'élaboration du plan de traitement, l'exécution du traitement et l'évaluation sommative (Reed, 1980, cité par Meyer, 1997).

Ces quatre phases du processus de l'ergothérapie en psychiatrie constituent la charpente des chapitres du livre, ils en sont le dénominateur commun. Ils systématisent la présentation de chaque chapitre, tout en la rendant plus didactique. L'intention des auteurs a été de favoriser ainsi une démarche comparative d'une pluralité extrême des cadres de référence.

PRÉSENTATION DES CONTENUS

Le livre que vous tenez entre vos mains est un projet qui a mis deux ans pour se construire. Il a réuni une équipe de cliniciens et de formateurs d'Allemagne, du Canada et de Suisse. Les auteurs ont eux-mêmes vécu un processus d'élaboration des chapitres parfois en direct, d'autres fois en différé ou encore de manière virtuelle.

Les ergothérapeutes cliniciens ont profité de cette rédaction pour mettre en mots une pratique qu'ils accomplissent depuis de nombreuses années (Julie Chappell, Amr El Nadi, Alain Riesen, Roger Schüler). Deux auteures réunissent à la fois des compétences de psychothérapeute et d'ergothérapeute (Marie-José Manidi et Patricia Roberts). D'autres, sans être psychothérapeutes, se sont spécialisées dans une école particulière (Catherine Écuyer, Anne-Catherine Pfister El Maliki) ; leur enjeu a été de créer des liens entre ces deux professions ou domaines de compétences. Enfin, d'autres auteurs contribuent à appliquer à la psychiatrie des modèles construits pour des domaines plus généraux de l'ergothérapie (René Bélanger, Catherine Briand et Stéphane Rivard, Wolfgang Hesse et Katharina Prünte). Amr El Nadi et Roger Schüler ont déjà publié sur cette thématique (El Nadi et al., 1976 ; Rufini et Gaillard, 1996).

Ce livre présente neuf approches différentes. Nous les avons organisées en nous inspirant des axes proposés par Rioux (1997). Nous partons d'un pôle individuel et fonctionnel (chapitre I : de l'intégration sensorielle et, chapitre II : cognitive et comportementale), pour passer à un pôle individuel et environnemental (chapitre III : approche de l'occupation humaine, chapitre IV : de l'analyse transactionnelle, chapitre V : systémique centrée sur les solutions), pour poursuivre vers des approches à orientation sociale et environnementale (chapitre VI : biopsychosociale, chapitre VII : psychiatrie de l'âge avancé, chapitre VIII :

ergothérapie ambulatoire) et pour terminer par la tendance sociale qui se fonde sur les droits humains (chapitre IX : approche sociale et communautaire).

Nous terminons cette introduction en commentant quelques limites de ce manuel. De manière générale, nous regrettons l'absence de l'approche psychodynamique. Cette lacune a pour effet de faire l'impasse sur le contenu intrapsychique de la personne et sa relation à la réalité. Elle a pour conséquence de maximiser le pôle social du processus de l'ergothérapie à orientation réhabilitative. Il manque également une approche anthropologique qui présenterait le processus de construction de la relation à l'objet et son effet réparateur sur la souffrance du patient. L'activité, bien que souvent abordée, n'est pas une thématique centrale. Pour y répondre, il faudrait écrire un autre livre ayant un concept différent.

Dans les divers chapitres, nous n'avons pas porté de regard critique sur les approches présentées. De plus, l'accent n'a pas été mis de manière formelle sur l'attitude de l'ergothérapeute, bien que cet aspect soit souvent évoqué indirectement. Par exemple, dans l'approche cognitive et comportementale (chapitre II), l'ergothérapeute adopte une attitude éducative, dans l'approche de l'analyse transactionnelle (chapitre IV), elle préfère une attitude de recherche en collaboration avec le patient ou, dans l'approche centrée sur les solutions (chapitre V), l'ergothérapeute devient un facilitateur par les questions qu'elle pose au patient ou un stimulateur par les solutions et stratégies recherchées.

Le patient et la relation au patient ont peu été évoqués dans cette introduction et ils ne seront pas décrits de manière explicite dans les chapitres. Il serait réducteur et simpliste de croire que le patient est instrumentalisé par les techniques proposées. La relation et le patient se situent au cœur des processus thérapeutiques qui vont suivre.

Enfin, une dernière précision, la personne présentant des troubles psychiatriques sera le plus souvent nommée « patient », mais elle pourrait se dénommer également usager, associé, membre, client, participant ou personne citoyenne.

BIBLIOGRAPHIE

ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M., GAGNE, C. (2002). PSYCHIATRIC REHABILITATION. (Second Edition), Trustees of Boston University : Center for Psychiatric Rehabilitation.

ANTHONY, W. A., LIBERMAN, R. P. (1986). « The practice of psychiatric rehabilitation : historical, conceptual and research base. » SCHIZOPHRENIA BULLETIN, 12, 542-559.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA) (2004). « Psychosocial aspects of occupational therapy. » AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, Vol. 58, 6, 669-672.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2004). DSM-IV R, DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (4e édition révisée). Paris : Masson.

ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES (ACE) (1997). PROMOUVOIR L'OCCUPATION. UNE PERSPECTIVE DE L'ERGOTHÉRAPIE. Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.

BELLACK, A. S., MUESER, K. T., GINGERICH, S., AGRESTA, J. (2004). SOCIAL SKILLS TRAINING FOR SCHIZOPHRENIA : A STEP-BY-STEP GUIDE. (2e édition), New York : The Guilford Press.

BRENNER, H. D., HODEL, B., RODER, V., CORRIGAN, P. (1992). « Treatment of Cognitive Dysfunctions and Behavioral Deficits in Schizophrenia. » SCHIZOPHRENIA BULLETIN, 18, 21-24.

BRUCE, M., BORG, B. (2002). PSYCHOSOCIAL FRAMES OF REFERENCE FOR OCCUPATION-BASED PRACTICE (3rd Edition). Thorofare, NJ : Slack.

CARA, E., MAC RAE, A. (2004). PSYCHOSOCIAL OCCUPATIONAL THERAPY : A CLINICAL PRACTICE. (2nd Edition). Albany NY : Delmar.

CHADWICK, P., BIRCHWOOD, M. (1994). « The omnipotence of voices : A cognitive approach to auditory hallucinations. » BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 164, 190-201.

CHAPIREAU, F. (2001). « Mort ou renaissance d'une classification. » In Azema B., Barreyre J.-Y., Chapireau F., Jaeger M. (Éds), CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS ET SANTÉ MENTALE. Paris : Coédition CTNERHI et GFEP.

CREEK, J. (2002). OCCUPATIONAL THERAPY AND MENTAL HEALTH (4th Edition). Londres : Elsevier.

CREPEAU, E. B., COHN, E. S. SCHELL, B. A. B. (2003). WILLARD AND SPACKMAN'S OCCUPATIONAL THERAPY (10th Edition), Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.

DURUZ, N., GENNART, M. (2002). TRAITÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE COMPARÉE. Genève : Médecine et Hygiène.

EHRENBERG, A., LOVELL, A. M. (2001). LA MALADIE MENTALE EN MUTATION : PSYCHIATRIE ET SOCIÉTÉ. Paris : Odile Jacob.

EL NADI, A., SCHULER, R. ET AL. (1976). ERGOTHÉRAPIE ET PSYCHIATRIE. Le Pâquier : Éditions Rougemont.

FARKAS, M. (1996). « Recovery, rehabilitation, reintegration : words vs. meaning. » WAPR BULLETIN, 8, 4, 6-8.

FOUGEYROLLAS, P., CLOUTIER, R., BERGERON, H., CÔTÉ, J., ST MICHEL, G. (1998). CLASSIFICATION QUÉBÉCOISE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP. Québec : RIPPH/SCCIDIH.

FOWLER, D., GARETY, P., KUIPERS, E. (1995). COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY FOR PSYCHOSIS : THEORY AND PRACTICE. Chichester, UK : Wiley.

HAGEDORN, R. (2001). FOUNDATIONS FOR PRACTICE IN OCCUPATIONAL THERAPY (3rd Edition). Edinburgh : Churchill Livingstone.

HEMPHILL-PEARSON, B. (1999). ASSESSMENTS IN OCCUPATIONAL THERAPY MENTAL HEALTH : AN INTEGRATED APPROACH. Thorofare, NJ : Slack.

LALONDE, P., AUBUT, C., GRUNBERG, F. (2001). PSYCHIATRIE CLINIQUE : UNE APPROCHE BIOPSYCHOSOCIALE (2e édition). Paris : Gaétan Morin.

LIBERMAN, R. P., WALLACE, C. J., BLACKWELL, G., ECKMAN, T. A., VACCARO, J. V., KUEHMEL, T. G. (1993). « Innovations in skills training for the seriously mentally III : The UCLA Social and Independent Living Skills Module. » INNOVATIONS AND RESEARCH, 2, 43-59.

LOPEZ, A. D., MURRAY, C. J. L. (1998). « The global burden of disease, 1990-2020. » NATURE MEDECINE, 4, 11.

MEYER, S. (1997). LE PROCESSUS EN ERGOTHÉRAPIE (2e édition). Lausanne : Cahiers de l'éésp.

MOREL-BRACQ, M. C. (2004). APPROCHE DES MODÈLES CONCEPTUELS EN ERGOTHÉRAPIE. Arcueil : Association nationale française des ergothérapeutes.

MOSEY, A. C. (1999). PSYCHOSOCIAL COMPONENTS OF OCCUPATIONAL THERAPY (4th Edition). New York : Raven Press.

MUESER, K. T., TORREY, W. C., LYNDE, D., SINGER, P., DRAKE, R. E. (2003). « Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. » BEHAVIOR MODIFICATION 27 (3), 387-411.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2004). STRATÉGIE NATIONALE VISANT À PROTÉGER, PROMOUVOIR, MAINTENIR ET RÉTABLIR LA SANTÉ PSYCHIQUE DE LA POPULATION SUISSE. Berne.

OMS (2001). CIF. CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ. Genève : OMS.

OMS (1988). CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS : DÉFICIENCES, INCAPACITÉS ET DÉSAVANTAGES. UN MANUEL DE CLASSIFICATION DES CONSÉQUENCES DES MALADIES. Vanves : CTNERHI-INSERM (traduction de WHO 1980).

RAVAUD, J.-F. (1999). « Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet. » HANDICAP : REVUE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES, CTNERHI, 81, 64-75.

REED, K., SANDERSON, S. (1980). CONCEPT OF OCCUPATIONAL THERAPY. Baltimore : Williams et Wilkins.

RIOUX, M. (1997). « Disability : the place of judgement in a world of fact. » JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH, 41, 2, 102-111.

RUFINI, J., GAILLARD, M. (1996). PRATIQUES PSYCHOGÉRIATRIQUES. Paris : L'Harmattan.

SWAIN, G. (1977). LE SUJET DE LA FOLIE. NAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE. Paris : Calmann-Lévy.

VALLÉE, C. (1997). « La réadaptation psychosociale et ses impacts cliniques sur la pratique de l'ergothérapie. » REVUE QUÉBÉCOISE D'ERGOTHÉRAPIE 6 (3), 114-118.

CHAPITRE I

APPROCHE DE L'INTÉGRATION SENSORIELLE AUPRÈS DE PATIENTS SCHIZOPHRÈNES

WOLFGANG HESSE ET KATHARINA PRÜNTE

Le concept d'Intégration sensorielle est bien connu des ergothérapeutes, en particulier dans le domaine de la pédiatrie. Au cours de ces dernières années, cette approche s'est également développée dans le traitement des patients psychiatriques (Hesse, 2004b; Hesse & Prünte, 2003a). Il sera présenté dans l'exposé qui suit, le traitement en ergothérapie utilisant l'approche de l'Intégration sensorielle pour la prise en charge de patients atteints de schizophrénie en phase aiguë.

BASES THÉORIQUES

LA THÉORIE DE L'INTÉGRATION SENSORIELLE (IS) SELON A. J. AYRES

A. J. Ayres (1979; 1984, Fischer & Murray, 1998; Bundy, Lane & Murray 2002), a développé dans les années 60 la théorie de l'IS afin de mieux comprendre les difficultés des enfants qui, malgré une intelligence normale, présentaient des troubles de planification motrice, perceptifs et d'apprentissage. Elle a défini l'IS comme étant un processus neurologique qui organise les sensations provenant du corps et de

l'environnement et qui permet d'utiliser le corps efficacement dans cet environnement.

Elle postule que des dysfonctions du processus de l'IS conduisent à des dysfonctions comportementales, fonctionnelles et d'apprentissage. La perception du monde dépend de l'assimilation des informations sensorielles au niveau du système nerveux central (SNC). Si ces informations sont incomplètes ou déformées, elles engendrent alors une faiblesse de la capacité à percevoir le monde. À partir de ce postulat, A. J. Ayres a développé une approche thérapeutique qui vise à normaliser le processus de l'IS afin de permettre, dans un second temps, une meilleure organisation du SNC. En partant du principe que le développement du SNC s'organise lors de la réalisation d'activités significatives, l'approche thérapeutique se concentre sur ce qu'elle a appelé la « réponse adaptée ».

Ayres a mis en évidence trois systèmes sensoriels constitutifs de la sensibilité de base : les systèmes tactile, vestibulaire et proprioceptif (sens du toucher, sens de l'équilibre et proprioception corporelle). L'intégration de cette sensibilité est importante pour la posture, les automatismes moteurs, la régulation du tonus musculaire, le contrôle du mouvement des yeux, la coordination bimanuelle, la planification des mouvements, le développement de la perception corporelle et au-delà, pour une confiance en soi suffisante.

L'assimilation des informations sensorielles de base intervient normalement de manière automatique et inconsciente, si bien que l'attention consciente peut être dirigée sur d'autres choses. La différenciation entre les informations pertinentes et celles qui ne le sont pas se fait avant même qu'elles parviennent à la conscience : alors que les informations sans importance sont freinées, celles qui sont importantes sont accélérées et rendues disponibles pour la suite de l'assimilation. Selon Ayres, ces processus de freinage et d'accélération des informations sensorielles de base se déroulent dans les structures phylogénétiques anciennes et profondes du cerveau, en particulier dans le cervelet. La capacité d'assimilation cérébrale n'est pas définie à la naissance ; au contraire, le cerveau se caractérise par une étonnante plasticité en se restructurant constamment lui-même par sa propre activité. Même les petits enfants montrent une incitation interne à rechercher précisément la stimulation sensorielle qu'ils peuvent parfaitement assimiler. On aboutit alors à un processus

en cercle fermé : une intégration réussie conduit, grâce au feedback, à une planification adéquate de l'action, à un comportement moteur régulé et à nouveau, grâce au *feed-forward*, à une nouvelle recherche de stimulation sensorielle.

Ayres a, sur la base des performances d'enfants présentant des difficultés d'apprentissage dans un grand nombre de tâches sensorielles et motrices (Southern California Sensory Integration Tests, Ayres, 1979), différencié différents syndromes de troubles de l'IS. Ceux-ci ne seront pas décrits ici de façon exhaustive (voir Bundy, Lane, Murray, 2002). Dans un premier temps, nous approfondirons les concepts théoriques d'Ayres sur l'hyperactivité et la « défense tactile », dans le but – dans un second temps – de les transférer à la compréhension du trouble psychotique.

Ayres a décrit que certains des enfants qu'elle a examinés présentaient une sensibilité excessive par rapport aux informations tactiles qu'ils cherchaient alors à éviter. Ceci était fréquemment lié à une forte distraction et à de l'hyperactivité. Elle a interprété l'hyperactivité de l'enfant comme un signe d'évitement permanent des informations tactiles insupportables. Il s'agit en particulier des stimuli non générés par lui-même, imprévisibles et inattendus. Elle a nommé cette hypersensibilité une « défense tactile ». Des recherches plus récentes considèrent la « défense tactile » comme étant un cas particulier, un enregistrement momentané d'une perturbation générale, définie comme étant la perturbation de modulation (voir Royeen & Lane, 1998). Certains enfants présentent aussi bien une sous- qu'une sur-sensibilité vis-à-vis des inputs sensoriels d'une ou de plusieurs modalités. En conséquence, on aboutit à un comportement contradictoire où une fois l'enfant recherche une forte stimulation et de l'autre toute stimulation est évitée. Ce syndrome repose sur une perturbation de l'équilibre entre les processus de freinage et d'accélération de l'assimilation des informations sensorielles. La perturbation de la modulation proprement dite est mise en relation avec le système limbique qui est considéré comme le centre de modulation général de tous les systèmes sensoriels.

L'IS préconise d'éviter les exercices physiques isolés, mais au contraire de favoriser les mécanismes d'assimilation des informations sensorielles. Dans ce cadre, l'input sensoriel est planifié et organisé de façon contrôlée

avec des matériaux très divers. Par exemple, l'enfant est soumis à une stimulation ciblée, tactilement dosée, vestibulaire et proprioceptive. L'intensité et l'importance de la stimulation sensorielle dépendent de la capacité du sujet à traiter ces informations sensorielles. La stimulation sensorielle intervient toujours avec une participation active de l'enfant : il choisit lui-même le degré d'intensité de la stimulation. Celle-ci est toujours liée à une activité significative pour l'enfant. Les différentes techniques thérapeutiques ont un caractère ludique, l'enfant ressentant du plaisir lors des activités qu'il apprécie. L'attention de l'enfant n'est pas sciemment dirigée sur les sens de base et on évitera de provoquer l'examen de ses difficultés. Au contraire, le processus d'assimilation se déroule de manière automatique, sans rappel à l'attention.

PERTURBATIONS DE L'INTÉGRATION SENSORIELLE CHEZ LES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES

Au cours des vingt dernières années, le modèle de vulnérabilité-stress s'est imposé comme explication des troubles de la schizophrénie (Zubin & Spring, 1977 ; Strauss & Carpenter, 1981 ; Ciompi, 1982 ; Nuechterlein & Dawson, 1984).

La différenciation entre les états transitoires (« *state* » en anglais) et les caractéristiques constantes (« *traits* » en anglais) d'une personne est à la base de ce modèle : la symptomatologie psychotique est déclenchée par le stress et n'apparaît que dans des épisodes momentanés. Par contre, la vulnérabilité en tant que sensibilité particulière au stress est permanente. Si aucun autre stresseur n'apparaît, l'épisode psychotique décroît et la personne revient à un état antérieur, caractérisé par une sensibilité particulière. Par contre, la personne psychotique aboutit à une rechute et à un état chronique en cas de stress continu ou répété.

Les facteurs génétiques, de même que les influences biologiques acquises, contribuent à l'apparition du trouble de la schizophrénie. Les facteurs psychosociaux, tels que par exemple la communication dysfonctionnelle au niveau familial ou les situations de migration vont également contribuer à l'apparition du trouble (Ciompi, 1986). Les facteurs de stress déclenchants sont par exemple des événements difficiles de l'existence, des problèmes de développement, les charges quotidiennes,

telles une attitude critique ou surprotectrice des parents (Leff & Vaughn, 1985). L'évolution à long terme du trouble de la schizophrénie est aussi, en dehors des facteurs sociaux (Wing, 1986), déterminée par des tentatives de maîtrise et de contrôle de son existence (Liberman, 1986). Les symptômes négatifs, tels que le comportement de repli social et de prévention des émotions, peuvent être considérés comme des tentatives de maîtrise avec lesquelles la personne concernée cherche à éviter le stress.

La théorie de l'IS ne contribue à la compréhension des troubles de la schizophrénie que si l'on admet que les perturbations d'intégration sensorielle constituent un facteur de vulnérabilité (c'est-à-dire à un élément de sensibilité particulière). Les aspects indiquant que l'on peut trouver de tels troubles de l'intégration sensorielle chez les personnes schizophrènes sont présentés ci-dessous.

Troubles de l'assimilation de l'information chez les patients schizophrènes

Il est apparu dans un grand nombre d'études expérimentales que des patients souffrant de schizophrénie présentent fréquemment des troubles de l'assimilation de l'information (Hesse, 2000). On constate des détériorations de l'orientation sélective et du maintien de l'attention, de la mémoire de travail et de la faculté d'apprentissage. On trouve également une diminution des performances des fonctions exécutives, de la formation de concepts et de résolution des problèmes.

Il existe certaines indications selon lesquelles ces troubles de l'assimilation de l'information existent déjà avant l'apparition du premier épisode psychotique aigu (Nuechterlein, 1987; Nuechterlein et al., 1991). C'est ainsi que des études «*high-risk*» d'enfants de parents psychotiques ont été réalisées pour la première fois à l'âge de 10 ans, puis répétées jusqu'à l'âge adulte. Il s'est avéré que des troubles de l'assimilation de l'information avaient lieu chez les enfants de parents psychotiques qui, plus tard, comme adultes, ont développé eux-mêmes un trouble schizophrénique (Erlenmeyer-Kimling et al., 2000). Il est par conséquent admis que les troubles de l'assimilation de l'information constituent un facteur de vulnérabilité aux troubles de la schizophrénie.

Nous postulons que les patients schizophrènes présentent les mêmes difficultés d'assimilation de l'information que les enfants ayant des difficultés d'apprentissage pour lesquels A. J. Ayres supposait des troubles de l'IS. Il se pose donc la question de savoir si des troubles de l'assimilation de l'information de patients psychotiques sont assimilables aux troubles de l'IS.

« Neurological soft signs » chez les patients psychotiques

Les patients psychotiques présentent fréquemment des sensibilités motrices et sensorielles décrites dans la littérature comme étant des « *neurological soft signs* » (Heinrichs & Buchanan, 1988). Il s'agit dans ce cas d'indices d'un trouble de l'assimilation neurologique centrale qui ne peuvent être clairement attribués sur le plan du diagnostic. L'observation quotidienne du comportement fournit déjà de nombreuses indications de telles difficultés sensorielles et motrices chez les patients schizophrènes. Par exemple, la marche s'effectue en traînant les pieds, les pieds ne décollent pas du sol, l'attitude corporelle est avachie ou caractérisée par une courbe en S typique avec les épaules tombantes et le dos rond, les contacts sont évités, les patients ne tendent souvent pas la main pour saluer, ils sont maladroits sur le plan moteur et confus, ils se blessent sans même s'en rendre compte.

Les « *neurological soft signs* » sont évalués avec des échelles standardisées. Par exemple, l'échelle NSS Heidelberg (Schröder, Niethammer & Karr, 1999). Il s'avère que les patients schizophrènes présentent un plus grand nombre de « *neurological soft signs* » que les autres patients psychiatriques et que les personnes de la population générale. Ces « *neurological soft signs* » s'accroissent durant l'épisode psychotique aigu. Cependant, ils semblent exister également en dehors de celui-ci. On a constaté dans des études « *high-risk* » qu'un plus grand nombre de « *neurological soft signs* » sont présents chez les enfants de parents schizophrènes qui, ultérieurement, ont développé un trouble psychotique (Erlenmeyer-Kimling et al., 2000). En conséquence, il faut admettre que les « *neurological soft signs* » constituent un facteur de vulnérabilité aux troubles de la schizophrénie.

Dans ce cadre, il est particulièrement intéressant de constater que les échelles de détermination des « *neurological soft signs* » contiennent

presque toutes les mêmes tâches que le Southern California Sensory Test, avec lequel A. J. Ayres a déterminé les troubles de l'Intégration sensorielle chez les enfants. En d'autres termes, il s'agit des mêmes difficultés sensorielles et motrices qui, dans la recherche sur la schizophrénie, font l'objet d'un examen sous un autre nom.

Troubles subjectifs de la perception corporelle chez les patients schizophrènes

Les patients schizophrènes ont des difficultés d'assimilation des impressions sensorielles basales et ils en sont conscients. Gerd Huber avait déjà décrit en 1957 de tels troubles des sensations corporelles subjectives, comme par exemple des asthénies locales. Il s'agit de troubles corporels nouveaux, soudains et apparaissant brutalement. Ils sont souvent très difficiles à décrire par les personnes concernées, mais sont vécus comme particulièrement désagréables et dérangeants (Huber, 1957 ; 1971). Quelques exemples sont un sentiment de surdité et de rigidité, une sensation de faiblesse motrice, des sensations de douleurs circonscrites, des sentiments de mouvements, tractions et pressions à l'intérieur du corps ou à sa surface, des sensations de rétrécissement, retrait, restriction ou agrandissement et dilatation, des sentiments de vide, de chute ou de flottement, de même que des sensations douloureuses qui migrent à travers le corps ou sont vécues comme des électrocutions (voir Gross et al., 1987).

Ces asthénies locales sont considérées non spécifiques et ne permettent pas de diagnostiquer un trouble de la schizophrénie. Dans son concept des troubles basaux, Gerd Huber (1983) part de l'hypothèse qu'il existe un passage progressif de ces symptômes de base totalement non spécifiés à des symptômes schizophréniques typiques : les personnes touchées ressentent, par exemple, des douleurs non spécifiques sur la peau, comme si elles recevaient des chocs électriques. Ces troubles sont souvent vécus comme particulièrement dérangeants, les personnes concernées recherchent une explication. Le « comme si » disparaît alors avec l'accroissement des gênes, les personnes sont alors sûres de recevoir véritablement des chocs électriques. Finalement cette idée continue de se développer, elle se mentalise et se transforme en délire. Par exemple, « le voisin, qui a toujours

un regard méchant et qui ne salue jamais, fait certainement partie des services de renseignements américains et il veut en finir avec moi. C'est lui qui se cache probablement derrière ces chocs électriques. »

PRÉSENTATION D'UNE ÉTUDE

Dans une étude pilote, les relations entre la symptomatologie habituelle, les troubles du traitement de l'information, les « *neurological soft signs* » et les difficultés subjectives dans le domaine de la perception corporelle, de même que de l'Intégration sensorielle chez les patients schizophrènes ont été examinées plus précisément (voir Hesse, 2004a ; Hesse & Prünte, 2004). Les questions suivantes se sont posées :

– Les patients schizophrènes rendent-ils compte de troubles subjectifs dans le domaine de la perception corporelle et de l'Intégration sensorielle plus fréquents que la population en général ou qu'un groupe de patients hospitalisés ?
– Des syndromes déterminés peuvent-ils être différenciés dans les perceptions subjectives de patients schizophrènes ?
– Les troubles subjectifs des patients schizophrènes sont-ils en relation avec la symptomatique spécifique, avec l'aptitude à traiter l'information ou avec les « *neurogical soft signs* » ?

Les troubles subjectifs ont été examinés dans un questionnaire sur la perception corporelle et l'Intégration sensorielle ; il a été développé spécialement pour cette étude. Pendant plusieurs années, les témoignages des patients schizophrènes qui exprimaient des troubles subjectifs dans le domaine de la perception corporelle et de l'Intégration sensorielle ont été collectés. Ces informations ont été rassemblées dans un questionnaire, les sujets devant seulement indiquer si ces troubles les concernaient ou non. Ce questionnaire contient au total 60 troubles subjectifs pouvant être classés dans les cinq catégories suivantes :

I. Sur-sensibilité tactile et évitement des stimuli.
II. Sous-sensibilité tactile et recherche de stimuli.
III. Sur-sensibilité vestibulaire et évitement des stimuli.
IV. Sous-sensibilité vestibulaire et recherche de stimuli.
V. Perturbations proprioceptives et problèmes de coordination motrice.

Les symptômes des patients schizophrènes ont été déterminés par le questionnaire intitulé « *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* » (Overall & Gorham, 1962). L'aptitude à l'orientation sélective et au maintien de l'attention a été déterminée avec le « Test de sollicitation de l'attention D2 » (Brickenkamp, 1994). Ces résultats ont caractérisé la capacité d'assimilation de l'information. Des indicateurs sensoriels et moteurs discrets ont été examinés avec l'« Échelle NSS de Heidelberg » (Schröder et al., 1993). En complément, le « Test de proprioception » a été réalisé, lequel a également été spécialement développé pour cette étude et a nécessité l'identification et l'imitation de mouvements des bras.

Vingt-six patients schizophrènes (18 femmes, 8 hommes) en phase aiguë ont participé à cette étude. Ils étaient en moyenne âgés de 33,8 ans. Ils ont été interrogés au cours de la première semaine du traitement en ergothérapie. Un second groupe de 23 patients alcooliques (3 femmes, 20 hommes), âgés en moyenne de 47,3 ans, en traitement de désintoxication, a constitué l'échantillon clinique comparatif. Un groupe contrôle, jamais traité en psychiatrie, constitué de 25 personnes (13 femmes, 12 hommes) de la population tout-venant a également participé à l'étude. Ces participants avaient une moyenne d'âge de 30,3 ans.

Les résultats relatifs au Questionnaire sur la perception corporelle et d'Intégration sensorielle peuvent être résumés comme suit (figure 4) : les patients schizophrènes rendent compte dans les cinq catégories de significativement plus de troubles subjectifs que les deux groupes contrôle qui ne se différencient pas. Ils se plaignent de difficultés dans le traitement des informations sensorielles tactiles, de problèmes dans l'assimilation des informations sensorielles vestibulaires et proprioceptives. Ces mêmes patients schizophrènes souffrent à un moment d'une sur-sensibilité, par exemple dans le domaine tactile. Cependant, à d'autres moments, d'une sous-sensibilité dans ce domaine. Au total, il faut donc constater que les patients schizophrènes rendent compte aussi bien d'une sur-sensibilité et cherchent à éviter les stimuli que d'une sous-sensibilité et d'une recherche de stimuli dans le domaine tactile vestibulaire et proprioceptif ; ils décrivent en conséquence un dérangement de modulation.

	I	II	III	IV	V
Patient schizophrène	5,1	5,5	5,5	7,3	7,0
Patient alcoolique	2,7	2,1	2,0	4,7	3,2
Groupe contrôle	1,2	2,6	0,7	5,0	1,8

Figure 4 :
Comparaison entre les patients schizophrènes (n=26), les patients dépendants à l'alcool (n=23) et le groupe contrôle (n=25) concernant la perception corporelle et d'Intégration sensorielle.

I. Sur-sensibilité tactile et évitement des stimuli.
II. Sous-sensibilité tactile et recherche de stimuli.
III. Sur-sensibilité vestibulaire et évitement des stimuli.
IV. Sous-sensibilité vestibulaire et recherche de stimuli.
V. Perturbations proprioceptives et problèmes de coordination motrice.

Les résultats des patients schizophrènes en ce qui concerne la symptomatique actuelle de leur aptitude à la concentration, de leur « *neurological soft signs* » et de leurs performances de proprioception peuvent être résumés comme suit : Avec en moyenne 34,2 points dans la « *Brief Psychiatric Rating Scale* », les patients schizophrènes examinés sont très gênés par les symptômes aigus. La capacité de concentration mesurée par le « Test de dérangement de l'attention D2 » était, avec une valeur standard de 89,1, juste en dessous de la moyenne, cependant une variabilité importante des résultats (écart type élevé) était mesurée. Ils ont présenté à l'Échelle NSS de Heidelberg une moyenne de 18,5 points. Les « *neurological soft signs* » sont apparus de manière significative sur la base des résultats provenant d'autres études. Finalement, les patients schizophrènes ont obtenu en moyenne 26,5 points dans le « Test de proprioception ».

Les relations entre les valeurs des tests obtenues avec les différentes méthodes ont été examinées à l'aide d'une analyse factorielle. Il en est résulté deux facteurs : un premier facteur englobe exclusivement les cinq échelles du questionnaire de perception corporelle et d'Intégration sensorielle, seules les autres méthodes relatives au pouvoir de concentration, aux troubles sensoriels et moteurs et à la symptomatique actuelle entrent dans le second facteur. Ces résultats soulignent que les gênes de

l'attention, des perceptions sensorielles et motrices directes pendant l'épisode psychotique aigu s'accroissent considérablement de façon visible, c'est pourquoi elles sont elles-mêmes combinées avec des symptômes du trouble de la schizophrénie. Contrairement aux précédents, les troubles subjectifs représentent un facteur propre, ce qui montre que les patients schizophrènes rendent compte dans le questionnaire principalement d'expériences qui les gênent indépendamment de l'épisode psychotique aigu.

CONCLUSIONS

On peut conclure, sur la base des considérations théoriques et des résultats de l'étude présentés ci-dessus, que les troubles de l'IS sont considérés comme un facteur de vulnérabilité dans le cadre plus général du modèle de maîtrise de vulnérabilité-stress du trouble de la schizophrénie. Un modèle général a été largement développé ailleurs (Hesse & Prünte, 2004).

Une série de conséquences peuvent en être tirées pour le traitement en ergothérapie des patients schizophrènes psychotiques aigus:

– Les patients schizophrènes rendent compte largement de troubles subjectifs dans le domaine de la perception corporelle et de l'IS. Ils se plaignent aussi bien d'une sur- que d'une sous-sensibilité des systèmes sensoriels de base. Ainsi les patients schizophrènes expriment également le besoin d'approches thérapeutiques spécifiques qui les aident à vaincre leurs difficultés d'assimilation des informations sensorielles de base. L'approche de l'IS représente en conséquence un complément spécifique au traitement en ergothérapie des patients schizophrènes.
– Les perturbations de l'IS existent aussi avant l'épisode psychotique sur au minimum une partie des patients schizophrènes et représentent dans cette mesure un facteur de vulnérabilité. Les troubles du traitement des informations sensorielles s'accroissent pendant l'épisode psychotique, cependant ils continuent fréquemment à persister, même après la diminution de l'épisode psychotique. Un traitement en ergothérapie avec l'approche de l'IS devrait en conséquence être appliqué pendant l'épisode psychotique aigu. Cependant, les patients schizophrènes nécessitent également une thérapie à long terme qui les aide à réduire leur vulnérabilité particulière.

AXES PRINCIPAUX DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Pendant l'épisode aigu, les patients schizophrènes sont dérangés par leur vécu psychotique au point qu'ils ne peuvent pratiquement plus se confronter à leur environnement. Ceci signifie, dans le contexte des établissements psychiatriques, que ces patients schizophrènes ne seraient pas encore « aptes à recevoir une thérapie ». Cependant une telle situation n'est pas satisfaisante, car le traitement en ergothérapie prend les patients là où ils se trouvent et n'attend pas qu'ils arrivent là où les attend le thérapeute. Au milieu des années 90 a été développé par Gabrièle Königer à la Clinique Alexian de Cologne un concept de traitement en ergothérapie qui fait appel à l'approche de l'IS pour des patients schizophrènes psychotiques aigus (Hesse & Königer, 1998). Une version de ce concept de traitement en ergothérapierevue par Wolfgang Hesse et Katharina Prünte (2003a ; 2003b ; 2003c ; 2004) est présentée ici.

BUTS DE LA THÉRAPIE

Une série d'objectifs thérapeutiques peuvent être formulés avec en arrière-plan la compréhension théorique des troubles de la schizophrénie :

- Perception : l'assimilation des informations sensorielles de base doit être favorisée et le processus d'Intégration sensorielle amélioré. D'autre part, la perception corporelle est renforcée afin qu'elle soit plus adaptée.
- Émotions : pendant l'épisode psychotique aigu, la suppression des tensions et agressions est significative. L'approche d'IS diminue l'anxiété interne et permet une détente. À long terme, la perception des sensations et besoins propres est favorisée, de même que les aptitudes à la régulation des émotions.
- Cognitions : les troubles de l'assimilation des informations doivent être diminués. La capacité de concentration et la persévérance sont renforcées, la mémoire de travail, l'aptitude à résoudre les problèmes et la constitution de concepts sont améliorées, de même que la planification de l'action est favorisée.
- Motivation : les patients schizophrènes doivent être activés, ils sont amenés à définir des objectifs et à les atteindre par des actions correspondantes. Les personnes touchées apprennent à percevoir leurs

besoins, à prendre des décisions et à faire preuve d'initiative personnelle.
– Comportement : le comportement d'évitement social, de même que la passivité, seront réduits. En conséquence, l'établissement de contacts sociaux est favorisé. Conformément au principe orienté sur le processus de l'ergothérapie, il s'agira d'initier l'action et d'en améliorer la réalisation.

L'objectif principal du traitement est le renforcement du moi et de sa perception par le patient. Les patients schizophrènes seront amenés à se ressentir, à percevoir leur moi, à réguler leurs émotions, à définir eux-mêmes leurs objectifs, à les suivre avec volonté et persévérance et à entreprendre les phases de l'action sur la base d'une perception et d'une réflexion ordonnées.

PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES

Le concept de traitement repose sur quelques principes de la thérapie humanistes, en particulier ceux de la *gestalt*-thérapie :
– Approche globale : la personne est considérée dans son ensemble ; le corps, l'esprit et l'âme représentent une unité inséparable.
– Centration sur le sujet : la personne, ses buts, souhaits et besoins sont au centre de la thérapie.
– Assistance : la personne détermine activement sa thérapie, la thérapeute accompagne et soutient le processus d'autoguérison.
– Orientation sur l'évolution : la thérapie s'engage en partant de l'ici et maintenant, elle est orientée sur un développement de la personne, sur une évolution individuelle.
– Relation de dialogue : la relation entre la personne et le thérapeute est organisée sous la forme d'un dialogue ouvert. Un contact à égalité de droit est recherché dans une relation je et tu, en référence à Martin Buber.

Dans ce concept de traitement, le patient n'est pas considéré comme un objet passif. L'approche thérapeutique ne commence pas par un diagnostic précis des déficits pour lesquels est alors envisagé un plan de traitement. Le contact direct entre le patient et le thérapeute est le moteur de la thérapie.

PROPOSITIONS D'ACTIVITÉS FAVORISANT LE PROCESSUS D'INTÉGRATION SENSORIELLE

Différentes activités de l'IS pour le traitement en ergothérapie des patients psychiatriques sont mises en œuvre à la Clinique Alexian de Cologne. Elles sont installées à demeure dans une grande salle d'environ 70 m^2 spécialement aménagée à cet effet et librement accessible aux patients. Les patients ont ainsi le libre choix par exemple entre des activités créatrices, manuelles ou ludiques, un training pratique ou des activités d'Intégration sensorielle. Différentes activités sont brièvement décrites ci-dessous.

Les exutoires de l'agressivité

Pendant la crise psychiatrique aiguë, les patients souffrent fréquemment d'émotions intenses, en particulier de fureur, de haine ou d'agressivité. De nombreux patients ont des difficultés à assumer ces émotions, à les réguler et à les maîtriser, en conséquence ils ont besoin d'aides thérapeutiques spécifiques. Trois propositions méritent ici d'être relevées :

– Le punching-ball : le punching-ball offre aux patients la possibilité d'exprimer et d'assouvir leur agressivité. Ils peuvent frapper avec les poings, certains patients tentent même d'atteindre le punching- ball avec les pieds. Des gants de boxe sont à disposition, de manière à protéger les mains. Le punching-ball offre en premier lieu une stimulation proprioceptive : les patients peuvent exprimer leur force et ressentir la résistance du punching-ball. Toutefois il nécessite de la concentration, de la réactivité et de la coordination motrice, ce qui suppose à nouveau une bonne intégration du système vestibulaire.
– Le mur à lancer des boules d'argile : le mur à lancer sert également à exprimer et à assouvir l'agressivité. Une cible est peinte sur une bâche de plastique fixée à un mur. Un bac d'argile humide est à disposition, les patients forment des boules et les jettent contre le mur. Le mur de lancer nécessite également une bonne coordination motrice et un dosage approprié de la force.
– La joute : dans le cas de la joute, il s'agit de lances revêtues de mousse et de tissus utilisées dans un combat ludique à deux adversaires, en

évitant que les participants puissent se blesser. L'utilisation est soumise à des règles déterminées, en particulier de ne viser que les jambes et le corps, et non la tête, la poitrine et les parties génitales. Les efforts pour marquer des points et simultanément esquiver les coups de l'adversaire nécessitent de l'habileté et favorisent aussi la coordination motrice.

Il faut expressément signaler ici que toutes ces propositions d'exutoires de l'agressivité nécessitent un accompagnement intense par le thérapeute. Il faut en particulier souligner que l'agressivité est quelque chose de normal et d'humain, et qu'il existe une différence entre les formes d'expression autorisées et celles inappropriées de cette agressivité. D'autre part, il existe le risque que les patients se sentent coupables d'avoir été aussi agressifs, que l'angoisse les submerge et que les symptômes psychotiques augmentent ou s'intensifient, sous forme par exemple d'automutilations.

Les activités de détente vestibulaire

De nombreux patients, en particulier en début de thérapie, sont fréquemment gênés par des émotions intenses, ils souffrent de troubles intérieurs et sont très tendus, ce qui ne leur permet souvent pas de réaliser des activités créatrices et manuelles. La station instable les incommode, ils sont aussi perturbés par les situations en groupes pendant le traitement en ergothérapie. En conséquence, ils ont besoin de faire appel aux possibilités de retrait et de détente. Le matériel suivant est ici à leur disposition :

– Chaise à bascule et bancs de coin : un sofa normal et deux chaises à bascule leur donnent la possibilité de se relaxer en position assise. Ces coins de relaxation offrent un lieu en retrait où les patients se sentent en sécurité et d'où ils peuvent observer ce qui se passe dans l'atelier. Les chaises à bascule offrent une stimulation vestibulaire, le basculement régulier tranquillise et détend. Les patients peuvent déterminer eux-mêmes leur rythme : les personnes excessivement sensibles sur le plan vestibulaire sont plutôt tranquilles sur les chaises à bascule, alors que celles moins sensibles peuvent rechercher une stimulation intense.
– Le hamac : le hamac exerce également une influence tranquillisante et provoque la détente par une stimulation vestibulaire intense.

Le patient peut à cette occasion être bercé de façon passive par le thérapeute ou déterminer lui-même la stimulation en utilisant à cet effet une corde fixée à une colonne. D'autre part des couvertures et coussins sont à disposition, au moyen desquels la personne peut commodément s'installer dans le hamac. La stimulation vestibulaire a un effet de régulation sur l'assimilation de toutes les informations sensorielles. Déjà après une brève utilisation, les patients présentent fréquemment de nettes améliorations de leur faculté de concentration. De plus, la marche et l'attitude corporelle se normalisent, le langage est plus clair et plus compréhensible.

– L'aire de couchage : l'aire de couchage, constituée par un certain nombre de grands coussins de mousse sur lesquels le patient peut se coucher et se détendre, offre un autre domaine de retrait. Les coussins de tailles différentes sont remplis de matériaux lourds, par exemple de noyaux de cerises, de haricots, de riz, de maïs ou de sable. Le patient peut avec ces coussins charger son corps ou ils peuvent être répartis par le thérapeute sur le corps du patient. La pression provoquée par les coussins lourds a un effet de régulation sur l'assimilation des informations sensorielles tactiles.

Dans le concept de traitement en ergothérapie de la Clinique Alexian, une attention particulièrement importante est donnée à ce que les patients bénéficient de possibilités suffisantes de retrait. Ils ont des chambres individuelles, ils peuvent eux-mêmes déterminer leurs limites et autoriser des contacts en fonction de leurs besoins. Il s'avère que peu de patients restent longtemps en état de passivité, beaucoup utilisent les possibilités de retrait pour « refaire le plein » et ensuite pouvoir à nouveau reprendre l'action.

Les stimulations tactiles et proprioceptives

De nombreux patients schizophrènes rendent compte qu'ils ne ressentent pas leur corps. Pendant les crises aiguës, les difficultés de perception corporelle s'accroissent considérablement, si bien que le patient manifeste des erreurs d'interprétation psychotique, des troubles sensoriels du corps ou un comportement d'automutilation constituant une tentative de maîtrise de l'angoisse. La perception corporelle dans son

sens étroit est favorisée par des actions permettant une stimulation tactile et proprioceptive intense. Le matériel suivant est à disposition à la Clinique Alexian de Cologne :

– Bains des mains et des pieds : différents légumes secs, tels que petits pois, haricots, maïs ou lentilles, de même que d'autres matériaux tels que riz, orge, sable, petits graviers ou perles en bois sont placés dans de grands récipients. Ces récipients peuvent être utilisés comme des bains sensoriels pour les mains, les patients pouvant y plonger leurs mains ou laisser les matériaux s'écouler sur leurs doigts. D'autre part, les patients ont à leur disposition un long bac, rempli de haricots, dans lequel ils plongent leurs pieds et peuvent les masser par des mouvements. La stimulation tactile permet aux patients de mieux ressentir leur peau et leurs limites.
– Bain de haricots et de petites balles : le bain de haricots et de petites balles offre une stimulation proprioceptive intense. Il s'agit dans ce cas de grands bacs, de vieilles armoires – transformées de façon correspondante, remplies de haricots ou de petites balles, de telle manière que les patients puissent y entrer complètement et immerger leur corps entier dans ces matériaux. Les deux bains transmettent, en raison de leur taille différente et de la différence de poids des matériaux, des expériences également différentes : les petites balles de plastique sont relativement légères, elles n'offrent qu'une faible résistance, ne possèdent qu'une faible surface d'appui et génèrent une faible pression sur le corps. On ne trouve pas d'appui solide dans le bain de petites balles, on s'y enfonce plus profondément à chaque mouvement et elles sautent bruyamment ici et là. Par contre les haricots sont lourds, ils offrent des expériences de pression importantes, supportent le corps si bien que l'on ne peut pratiquement pas s'y enfoncer et que l'on doit s'enterrer soi-même. Chaque déplacement génère, du fait du ruissellement des haricots, un bruit agréable, comme si les vagues de la mer balayaient le sable et les coquillages sur la plage.

L'utilisation d'activités de stimulation tactile et proprioceptive nécessite également un accompagnement étroit du thérapeute. Les patients ayant une sur-sensibilité tactile présentent fréquemment un seuil d'appréhension

élevé, ces activités seront par conséquent amenées avec précaution. La stimulation proprioceptive intense, par exemple du bain de haricots, freine cependant la sur-sensibilité, si bien que les informations sensorielles tactiles peuvent être mieux assimilées. Le thérapeute aide le patient à surmonter les stratégies de maîtrise dysfonctionnelle, de manière à pouvoir effectuer de nouvelles expériences.

PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Les activités de l'IS sont principalement utilisées à la Clinique Alexian de Cologne dans des thérapies de groupes et en ergothérapie. Il s'agit dans ce cas de quatre thérapies de groupes menées de façon protégée : trois ouvertes et d'un centre de femmes dans le domaine psychiatrique général. Une sélection des patients en fonction de leur diagnostic psychiatrique n'a pas lieu, c'est-à-dire qu'à côté de patients schizophrènes sont également traités des patients dépressifs ou maniaques, des patients ayant des troubles de la personnalité ou, plus rarement, des troubles anxieux. Cinq séances d'une heure par semaine sont organisées, en règle générale pour six à huit patients.

Le déroulement de la thérapie de groupe est structuré de façon homogène et peut être subdivisé en trois étapes, la phase d'introduction, la phase d'action et la phase de conclusion :

– Phase d'introduction : au début, il s'agit de savoir comment le patient se sent et quelles possibilités il souhaite utiliser durant la séance. Dès le début, l'attention du patient est dirigée sur ses propres souhaits et besoins. Un rôle actif est ainsi attribué au patient dans l'organisation de sa thérapie. En principe, le choix du patient est accepté, même s'il décide de rester en premier lieu passif. Les patients sont encouragés à participer à la phase d'introduction et s'exprimer eux-mêmes. Cependant, dans le cas de patients psychotiques aigus, ceci n'est pas toujours possible, le thérapeute a besoin ici de compétences thérapeutiques pour assurer l'équilibre entre la stimulation soutenue à la participation et la possibilité d'un retrait éventuel.
– Phase d'action : les patients sont alors confrontés aux activités qu'ils ont choisies. Le travail individuel dans le groupe occupe la première

place. Cependant le thérapeute favorise la prise de contact des participants entre eux et, le cas échéant, affecte les patients à un groupe de travail particulier. Le rôle du thérapeute est, dans cette phase, caractérisé par la notion d'assistance : il accompagne les patients dans l'utilisation des différentes activités, il offre suggestions et aides, cependant il veille à l'espace de liberté nécessaire à une décision indépendante.
– Phase de conclusion : à la fin de la réunion, on réfléchit en commun aux expériences effectuées pendant l'heure passée. Le thérapeute peut ici, par des questions prudentes non suggestives, stimuler les patients pour qu'ils verbalisent leurs expériences. Ils peuvent également exprimer leurs impressions du déroulement thérapeutique et susciter des modifications positives. La réflexion commune sur la séance passée doit avant tout activer le potentiel d'effort personnel du patient. Dans ce cadre, les patients bénéficient également des comptes-rendus des autres participants : ils constatent d'une part que d'autres personnes ont des difficultés analogues aux leurs dans l'assimilation des informations sensorielles de base. D'autre part, ils commentent ensemble les activités qui leur ont permis d'améliorer leur Intégration sensorielle et leur état.

Quelques particularités de la procédure thérapeutique de ce concept de traitement en ergothérapie sont brièvement indiquées ci-dessous :
– Le patient a le libre choix des activités. Du matériel d'IS est installé à demeure à la Clinique Alexian de Cologne. Les activités manuelles et créatrices usuelles d'une ergothérapie traditionnelle centrée sur les compétences, de même qu'un coin cuisine pour un training pratique sont à disposition dans le même atelier. La libre accessibilité à toutes les techniques garantit que les patients puissent eux-mêmes choisir avec quelles activités et quels matériaux ils souhaitent se confronter.
– Le patient est considéré comme un expert. On part de l'hypothèse, dans ce concept de traitement (selon le concept de la stimulation interne selon Ayres), que les patients recherchent précisément la stimulation qu'ils sont en mesure d'assimiler sur la base de leurs aptitudes d'Intégration sensorielle. Si les patients rendent compte qu'ils

ne se sentent pas à l'aise avec des activités déterminées d'Intégration sensorielle ou que l'utilisation des offres en IS leur est difficile à comprendre, on part de l'hypothèse qu'ils ne peuvent assimiler les stimulations correspondantes, c'est pourquoi ces activités devraient être évitées.

Étant donné que les troubles de l'IS sont considérés comme un facteur de vulnérabilité dans le cas du trouble de la schizophrénie, on émet l'hypothèse que les patients schizophrènes ont également besoin à long terme d'un soutien psychoéducatif pour l'assimilation des informations sensorielles de base. En conséquence, les patients devraient apprendre quelles sont les activités qui leur sont utiles et lesquelles ils pourront réaliser de manière indépendante après la thérapie. Une psychoéducation individuelle est indiquée. À cet effet, les patients sont informés, selon leur état de connaissance et leurs besoins d'information, sur les bases de l'IS et sur les possibilités de traitement. De nombreux patients souhaitent alors recevoir les explications les plus complètes possibles sur les fondements théoriques, d'autres patients attendent ici des indications très pragmatiques sur les activités appréciées et les expériences positives d'autres personnes.

ÉVALUATION DU CONCEPT DE TRAITEMENT EN ERGOTHÉRAPIE

Dans le concept de traitement en ergothérapie présenté, les activités d'Intégration sensorielle ne sont pas seulement utilisées dans le but de favoriser et d'améliorer l'assimilation des informations sensorielles de base, mais les patients schizophrènes sont également mis en situation afin d'accélérer le traitement, de même qu'autoriser les contacts sociaux. Il en résulte une série de questions d'une grande importance pour l'évaluation de l'efficacité du concept de traitement :

- Les activités d'IS sont-elles utilisées par les patients schizophrènes ?
- L'utilisation des activités d'IS par les patients schizophrènes conduit-elle à ce qu'ils puissent accélérer le traitement, de même que permettre des contacts sociaux plus nombreux ?
- L'utilisation des activités d'IS par des patients schizophrènes conduit-elle à une amélioration des singularités sensorielles et motrices ?

Une étude pilote, dans laquelle le déroulement de la thérapie a été documenté de façon détaillée pendant quatre semaines auprès de 25 patients psychotiques, a été réalisée pour répondre à ces questions (Hesse & Prünte, 2003c; 2004). Il s'agit de 16 femmes et de 9 hommes d'une moyenne d'âge de 32,3 ans, qui ont participé pendant leur séjour au centre de psychiatrie, en moyenne durant 15,5 séances de thérapie de groupe en ergothérapie.

L'ordre et la durée des activités, de même que des indications précises sur le déroulement des différentes séances ont été documentés. En dehors des activités d'IS, les activités avec des matériaux créatifs et manuels, les activités pratiques, de même que la participation à des conversations sociales ont été prises en considération. (On désigne sous la notion de conversation sociale l'échange d'opinions auquel les interlocuteurs ont participé. Sont par contre exclus les simples déclarations, de même que les monologues de certains patients.) Il faut ici expressément constater qu'il s'agit uniquement d'une évaluation quantitative, la qualité des activités créatrices, manuelles et pratiques n'ayant en particulier pas été évaluée.

En complément, les singularités sensorielles et motrices des patients schizophrènes ont été notées à l'aide d'une feuille d'évaluation spécialement développée pour cet examen. Elle est nommée la check-list des observations comportementales des troubles d'Intégration sensorielle des patients schizophrènes. Il s'agit d'une brève liste, dans laquelle une série d'indicateurs relatifs à la marche, à l'attitude corporelle, aux déplacements, aux contacts, à la coordination motrice, de même que des signes indirects de troubles d'Intégration sensorielle sont évalués sur une échelle à quatre niveaux (de faibles à marqués). L'évaluation des patients est respectivement intervenue après la première et la quatrième semaine de thérapie, de même qu'à la fin de celle-ci, lorsque le patient achevait son traitement de 20 séances.

Les résultats de cette étude pilote peuvent être résumés comme suit: tous les patients schizophrènes ont essayé au minimum une fois les activités d'IS. Le matériel de détente vestibulaire a été utilisé par tous et le matériel de stimulation tactile et proprioceptive par presque tous les patients. Les patients schizophrènes ont présenté le plus de retenue à l'égard des activités exutoires de l'agressivité, seules environ la moitié des patients y ont fait appel. Les activités d'IS ont largement et intensivement été utilisées (cf. figure 5).

	1re sem.	2e sem.	3e sem.	4e sem.
Activités d'Intégration sensorielle	142	132	111	113
Activités créatrices	91	109	109	131
Activités sociales	23	28	32	51

Figure 5 :
Durée moyenne hebdomadaire passée par les patients psychotiques aux diverses activités durant 4 semaines.

Au début de la thérapie, les patients passaient plus de deux heures par semaine à pratiquer ces activités ; vers la fin de la thérapie, c'était encore presque toujours deux heures. Le nombre des activités créatrices, manuelles et pratiques et la participation à des conversations sociales ont constamment augmenté durant le déroulement de la thérapie.

	1re sem.	2e sem.	3e sem.	4e sem.
Activités exutoires	2,9	4,3	2,8	1,0
Activités vestibulaires	71,6	81,3	59,7	57,8
Activités tactiles et proprioceptives	68,1	45,9	48,4	53,9

Figure 6 :
Durée moyenne hebdomadaire des trois types d'activités spécifiques à l'IS accomplies par les patients psychotiques.

Les activités de diminution de l'agressivité jouent un rôle comparativement faible, elles ne sont en moyenne utilisées que quelques minutes par semaine (voir figure 6). Les activités de détente vestibulaire sont nettement plus utilisées, les valeurs variant ici entre 58 et 81 minutes par semaine. De façon intéressante, on peut constater un accroissement de l'utilisation de ces activités de détente dans la seconde semaine de thérapie en premier lieu, pour ensuite nettement diminuer. Les patients schizophrènes cherchent une stimulation tactile et proprioceptive moyenne entre 46 et 68 minutes par semaine, la durée d'utilisation commence par diminuer, mais s'accroît ensuite.

Une observation détaillée des différentes séances de thérapie montre également une courbe typique à l'intérieur des unités. Dans environ les ⅔ des séances, les patients s'adressent en premier lieu aux activités d'IS,

avant de s'intéresser, dans un second temps, aux activités créatrices, manuelles ou pratiques. Les conversations sociales se sont plutôt établies à la fin des séances, une grande partie des patients évitent totalement un tel contact intense, en particulier au cours des premières semaines de thérapie.

L'importance des difficultés sensorielles et motrices chez les patients schizophrènes se réduit pour presque la moitié au cours des quatre premières semaines de thérapie. Une observation détaillée montre ici que seul un patient n'avait pas changé au cours des quatre semaines de thérapie ; tous les autres présentaient une diminution des difficultés sensorielles et motrices.

D'autre part, on a examiné si les modifications sensorielles et motrices sont en relation avec l'utilisation des activités de l'IS. On a constaté une corrélation significative entre les améliorations sensorielles et motrices et l'utilisation des activités d'IS au cours de la première semaine de thérapie ($r = .442$; $p < .05$). Un examen détaillé montre que cette corrélation se maintient en ce qui concerne l'utilisation des activités permettant une stimulation tactile et proprioceptive ($r = .407$; $p < .05$). Par contre, aucune relation n'a été constatée entre les améliorations et l'utilisation du matériel de détente vestibulaire et de diminution de l'agressivité.

Globalement, les résultats confirment les bénéfices des traitements en IS pour les patients psychotiques. Les activités d'IS sont intensément utilisées par les patients schizophrènes, des préférences individuelles apparaissent déjà au cours de la seconde semaine envers les activités qui sont considérées comme utiles par les différents individus. Visiblement, les patients apprennent de façon relativement rapide comment pouvoir utiliser le matériel d'IS de manière à pouvoir se consacrer de façon renforcée à d'autres activités ou à l'environnement social. Les patients utilisent en partie de façon tout à fait consciente les activités d'IS pour améliorer leur concentration et leur persévérance : ils insèrent toujours de courtes pauses dans leurs activités, au cours desquelles ils « refont le plein » en utilisant brièvement différentes activités d'IS avant de reprendre leurs activités.

Comme escompté, la durée des activités créatrices, manuelles et pratiques s'accroît nettement au cours de la thérapie, ce qui atteste que les patients schizophrènes peuvent participer de façon accrue au traitement.

Ce résultat est particulièrement intéressant si l'on considère qu'il s'agit de patients schizophrènes psychotiques aigus qui étaient en partie encore atteints de façon importante de confusion mentale, d'hallucinations, de troubles du moi et d'une désorganisation cognitive considérable. Ces patients auraient certainement été surmenés par une prise en charge caractérisée uniquement par des activités en ergothérapie classique. Les activités d'IS créent même ici la possibilité que ces patients puissent participer à une telle thérapie de groupe ouvert. L'augmentation de la durée des conversations sociales peut également être considérable : les contacts sociaux sont très difficiles pour les patients psychotiques aigus en raison de leurs troubles d'assimilation des informations et de leur vécu psychotique. C'est pourquoi ils se retirent encore de façon importante au début du traitement. Dans la présente étude, environ le tiers des patients n'ont absolument pas participé à des conversations sociales au cours de la première semaine de traitement, alors que la proportion s'est inversée à un sixième des patients lors de la dernière semaine d'étude. L'expérience a montré que les patients schizophrènes les plus fortement atteints ne souhaitent pas participer à la phase initiale. Après l'utilisation des activités d'IS, non seulement ils participent plus activement à cette première phase, mais ils sont également en mesure de mieux rendre compte de leurs expériences dans la phase finale.

En synthèse, les données recueillies attestent que l'amélioration des indicateurs sensoriels et moteurs de patients schizophrènes pendant les quatre premières semaines de traitement est en partie due à l'utilisation des activités d'IS.

DESCRIPTION D'UN TRAITEMENT

Madame P., 23 ans, est issue d'une famille modeste. Elle a suivi l'école primaire et le collège. Elle a redoublé deux classes et quitté l'école sans diplôme. Elle dit ne « pas avoir de goût pour l'école ». Elle passe de longues nuits à traîner dans les discos. Elle commence alors un apprentissage de coiffeuse qu'elle interrompt lors de sa troisième année de formation. Entre-temps, elle travaille comme serveuse. Elle finit par travailler à l'aéroport dans le domaine de la sécurité à l'enregistrement des passagers. Actuellement, Madame P. en est à sa troisième hospitalisation dans notre établissement. Pendant plusieurs semaines elle ne dort que quatre heures par nuit. Finalement, son chef l'interpelle et lui dit qu'elle n'est plus en mesure d'assurer le service d'équipe de douze heures, sur quoi elle fait une crise de nerfs.

Au début du traitement, Madame P. apparaît tendue et labile sur le plan émotionnel. Elle est très instable et ne peut pratiquement pas rester tranquille. Elle est très exigeante vis-à-vis du

personnel. Elle exprime des idées bizarres, par exemple qu'elle serait chanteuse, danseuse ou «showmaster» à Hollywood, qu'elle est la fille de Whitney Houston et de Bobby Brown, qu'elle vit à Beverley Hills et que son mari A. Kelly viendra prochainement la chercher. Elle indique qu'elle entend des voix qui lui donnent des ordres, par exemple de se dépêcher.

De temps en temps on observe comment elle répond à ces voix, par exemple en se parlant à elle-même à haute voix. Lorsque des demandes lui sont adressées, Madame P. a un comportement enfantin. Son humeur varie entre des plaintes et une attitude agressive. Par son habillement et son maquillage, Madame P. est très excentrique. Elle porte des vêtements extravagants, très sexy, et des chaussures à hauts talons dans lesquelles elle ne peut pratiquement pas marcher. D'autre part, malgré des températures estivales, elle porte plusieurs vêtements les uns sur les autres. Elle ne les change que rarement et elle les mouille chaque nuit.

DÉROULEMENT DU TRAITEMENT

Madame P. a été suivie en thérapie pendant trois mois. À partir du 12e jour, elle participa à la thérapie de groupe en ergothérapie cinq fois par semaine pendant deux heures.

Les observations de comportement pendant la première semaine de traitement sont résumées comme suit : sa démarche est incertaine, elle traîne légèrement les pieds, elle s'encouble et trébuche fréquemment, son attitude corporelle est relâchée, le haut du corps est courbé. Madame P. agit de façon instable et nerveuse. Ses mouvements sont brutaux, saccadés et trop amples. Il lui est difficile de maintenir l'équilibre et une tension musculaire appropriée. En conséquence, elle doit s'appuyer souvent, même en étant immobile. Si momentanément des réactions d'appui lui manquent, elle se laisse tomber sans coordination, comme si elle cherchait à s'asseoir. On peut observer que Madame P. se balance, palpe son corps ou caresse des objets comme par hasard. Les contacts sociaux lui sont très difficiles. Malgré des températures estivales, elle se présente aux séances de thérapie, avec des gants ; elle évite les activités qui pourraient lui salir les doigts. Néanmoins, si elle les entreprend, elle n'utilise que le bout des doigts et se lave fréquemment les mains. Elle évite les contacts corporels et les matériaux mous. Simultanément, Madame P. présente une faible sensibilité à la douleur. Les activités motrices grossières et précises présentent pour elle des difficultés. Madame P. agit de façon malhabile et empotée, se cognant fréquemment aux bords et aux angles. La concentration et la persévérance sont initialement très réduites. Madame P. peut au maximum se consacrer 5 minutes à une activité. Les contacts avec d'autres patients sont rendus difficiles, étant donné qu'elle est fréquemment distraite et a des difficultés à se démarquer des stimulations extérieures. Elle a des pensées discontinues et exprime des idées délirantes. Elle est très rapidement épuisée lors de ses activités, elle s'effondre au moindre insuccès et est alors verbalement agressive. Seules des activités de la vie quotidienne telles que le nettoyage et le lavage paraissent un peu la stabiliser.

Au cours de la première semaine de thérapie, Madame P. s'est fréquemment immergée dans le bain de petites balles, dans lequel elle est entrée profondément pour s'y coucher et trouver un peu de tranquillité. Elle a utilisé le bain de petites balles pendant 5 minutes à chaque séance. Elle était ensuite plus apte à se consacrer à de nouvelles activités.

À partir de la seconde semaine de traitement en ergothérapie, les bercements dans le hamac et la chaise à bascule ont été la principale activité. Madame P. a aussi utilisé des coussins lourds avec lesquels elle se couvre le bassin. Elle se laisse passivement bercer par le thérapeute et d'autres patients, ultérieurement elle utilise une corde pour contrôler elle-même l'intensité de la stimulation. Dans les séances, Madame P. passe alors fréquemment d'activités de détente vestibulaire à des jeux sportifs tels que le ping-pong et les fléchettes.
Son contact avec les autres patients s'améliore, elle devient plus attentive et réagit mieux à la présence des autres membres du groupe.

Au cours des semaines suivantes, elle utilise fréquemment la chaise à bascule. Elle apprend à stimuler les balancements par déplacement du corps. Elle se procure des informations sensorielles tactiles en plaçant un ventilateur à proximité de la chaise à bascule et en laissant l'air frais souffler sur son visage. Progressivement, Madame P. se confronte à d'autres matériels créatifs. Elle coud avec l'aide de la thérapeute un coussin de haricots qu'elle emporte la semaine suivante dans un sac de jute. Elle travaille l'argile et décore deux foulards de soie. Elle accomplit des activités cognitives telles que la lecture de revues ou la tenue d'un journal personnel. Elle réalise sous sa propre responsabilité des activités de la vie quotidienne en suivant une meilleure planification. Sa présence à l'atelier augmente de trente à quarante minutes. Elle peut même participer de façon adaptée à des conversations.
Elle continue à beaucoup apprécier les activités d'IS. Elle envisage, après son séjour à l'hôpital, d'acquérir un hamac et de continuer à l'utiliser chez elle pour se détendre.

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Le concept de traitement en ergothérapie avec des activités d'Intégration sensorielle pour les patients schizophrènes en phase aiguë a fait ses preuves. Les patients schizophrènes acceptent ces activités et les utilisent pour améliorer leur santé psychique, dans le but de mieux participer au traitement et d'accroître leurs compétences sociales. Les patients réalisent que les difficultés subjectives de perception corporelle et de l'intégration sensorielle peuvent être réduites par ces activités. Ils apprennent de façon relativement rapide à différencier les effets des diverses activités d'IS de manière à les utiliser de façon spécifique selon leur état. Grâce à une psychoéducation individuelle adaptée, les patients schizophrènes sont sensibilisés à l'importance des troubles de l'IS et des troubles perceptifs dans l'évolution des épisodes psychotiques. Parallèlement, ils développent des stratégies de maîtrise à long terme de leurs difficultés d'assimilation des informations sensorielles de base. Une partie des patients schizophrènes souhaitent reprendre des activités physiques ; ils considèrent par exemple la natation comme très utile. De nombreux patients ont affirmé que grâce au traitement en IS, ils souhaitaient passer plus de temps à la détente corporelle à domicile pour mieux résister aux événements stressants et éviter ainsi une rechute éventuelle. Ils envisagent, par exemple, d'installer un hamac à la maison ou coudre eux-mêmes des coussins lourds.

On constate, en se référant aux expériences antérieures de traitement en IS de patients psychiatriques, qu'aucune réaction négative n'apparaît de la part des patients et qu'il n'existe effectivement pas de

contre-indication à un tel traitement. Un examen détaillé montre toutefois que les patients schizophrènes bénéficient de façon différente des traitements en IS en les appliquant de diverses façons. En particulier, les patients schizophrènes qui ont peu stimulé les systèmes sensoriels de base et qui présentent un trouble de modulation extrêmement marqué ont, au début du traitement, des difficultés à utiliser les activités de stimulation tactile et proprioceptives. En compensation, ils utilisent d'abord les activités de détente vestibulaire telles que le hamac et la chaise à bascule, et pratiquent ultérieurement le bain de haricots ou de petites balles. D'autre part, il existe certains patients schizophrènes qui, au cours de leur existence, ont appris des stratégies de maîtrise des dysfonctionnements perceptifs, qui provoquent à court terme un effet anxiolytique, mais qui sont à long terme préjudiciables. Il s'agit en particulier des patients qui ont une proprioception peu développée et qui souffrent d'une sous-sensibilité tactile. Ceux-ci tentent de rétablir une sensation corporelle par automutilation. Dans des cas rares, on observe qu'ils essaient d'utiliser certaines activités d'Intégration sensorielle de façon automutilatoire, par exemple en frappant les bouts des doigts sur les petites balles ou contre l'enceinte du bain de balles. De telles observations montrent que le traitement en Intégration sensorielle doit être étroitement accompagné par un thérapeute expérimenté.

Le concept de traitement en ergothérapie de la Clinique Alexian avec des activités d'IS a tout d'abord été développé pour des patients souffrant de troubles psychotiques en phase aiguë. Ce traitement a évidemment été appliqué aux patients schizophrènes qui sont sensibles à leurs difficultés subjectives dans le domaine de la perception corporelle et de l'intégration sensorielle. Dans ce cadre, un tel traitement est indiqué à long terme. Les patients présentant un trouble de l'assimilation des informations sensorielles de base nécessitent souvent des années de stimulation pour parvenir à se stabiliser psychiquement. Dans cette mesure, le traitement en ergothérapie ne représente qu'une incitation à l'auto-assistance, un transfert des stratégies de maîtrise perceptive devra finalement se faire personnellement par le patient.

En l'état actuel des connaissances, une évaluation définitive du concept de traitement présenté ici n'est pas encore possible. De nombreuses questions restent en suspens, par exemple en ce qui concerne les activités

particulières d'IS, la thérapie individuelle versus la thérapie de groupe, la structuration par des ergothérapeutes de l'autodétermination du patient, l'utilisation directe d'activités par rapport à une explication préalable de leur fonctionnement, une thérapie à court terme versus à long terme, quelques séances par semaine versus des séances quotidiennes (voir Hesse, 2004c). D'autres travaux de recherche sont à ce sujet nécessaires, lesquels devront apporter une compréhension plus approfondie de l'importance des troubles d'IS chez des patients psychiatriques et les modes d'action des activités d'IS pour cette clientèle.

Dans la pratique, les ergothérapeutes sont habilités à appliquer ce concept de traitement de façon créative pour répondre aux besoins de leur clientèle, en tenant compte de leurs obligations institutionnelles. L'aptitude des ergothérapeutes à bien connaître les difficultés d'action des patients schizophrènes et à pouvoir les appréhender au travers de la théorie de l'IS est certainement déterminante pour le succès de la thérapie. Le présent chapitre n'est qu'une première incitation à une pratique intégrée de ces deux modalités d'intervention thérapeutique. Il faut souhaiter que la thérapie en IS s'établisse aussi bien dans le domaine du traitement en ergothérapie de patients psychiatriques que c'est déjà aujourd'hui le cas dans le domaine de la pédiatrie.

BIBLIOGRAPHIE

AYRES, A. J. (1979). LERNSTÖRUNGEN. SENSORISCH-INTEGRATIVE DYSFUNKTIONEN. Berlin : Springer. (Édition originale, 1977 : SENSORY INTEGRATION AND LEARNING DISORDERS.)

AYRES, A. J. (1984). BAUSTEINE DER KINDLICHEN ENTWICKLUNG. DIE BEDEUTUNG DER INTEGRATION DER SINNE FÜR DIE ENTWICKLUNG DES KINDES. Berlin : Springer. (Édition originale, 1979 : SENSORY INTEGRATION AND THE CHILD.)

BRICKENKAMP, R. (1994). TEST « D2 ». AUFMERKSAMKEITS-BELASTUNGS-TEST. HANDANWEISUNG (8. AUFLAGE). Göttingen : Hogrefe.

BUNDY, A. C. & LANE, S. J. & MURRAY, E. A (2002). SENSORY INTEGRATION, THEORY AND PRACTICE, 2e édition. F. A. Davis Company Philadelphia.

CIOMPI, L. (1982). AFFEKTLOGIGK. ÜBER DIE STRUKTUR DER PSYCHE UND IHRE ENTWICKLUNG. EIN BEITRAG ZUR SCHIZOPHRENIEFORSCHUNG. Stuttgart : Klett-Cotta.

CIOMPI, L. (1986). « Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie : Konvergierende neue Konzepte. » In W. Böker & H. D. Brenner (Eds). BEWÄLTIGUNG DER SCHIZOPHRENIE. Bern : Huber, 47-61.

ERLENMEYER-KIMLING, L., ROCK, D., ROBERTS, S. A., JANA, M., KESTENBAUM, C., CORNBLATT, B., HILLDOFF ADAMO, U. & GOTTESMAN, I. I. (2000). « Attention, memory, and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses : the New York High-Risk Project. » AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 157, 1416-1422.

FISHER, A. G. & MURRAY, E. A. (1998). « Einführung in die Theorie der Sensorischen Integration. » In A. G. Fisher, E. A. Murray & A. C. Bundy (Hrsg.). SENSORISCHE INTEGRATIONSTHERAPIE. THEORIE UND PRAXIS. Berlin : Springer. (Édition originale, 1991 : SENSORY INTEGRATION, THEORY AND PRACTICE, F. A. Philadelphia : Davis Company), 3-42.

GROSS, G., HUBER, G., KLOSTERKÖTTER, J. & LINZ, M. (1987). BONNER SKALA FÜR DIE BEURTEILUNG VON BASISSYMPTOMEN. Berlin : Springer.

HEINRICHS, D.W. & BUCHANAN, R.W. (1988). « Significance and meaning of neurological signs in schizophrenia. » AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 145, 11-18.

HESSE, W. (2000). SOZIAL-KOGNITIVE BEWERTUNGSPROZESSE BEI SCHIZOPHRENEN PATIENTEN. Frankfurt : Peter Lang.

HESSE, W. (2001). « Die Bedeutung sozial-kognitiver Bewertungsprozesse für die Entwicklung schizophrener Störungen. » « Zeitschrift » FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE, PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, 49, 297-318.

HESSE, W. (2004a). « Angebote zur sensorischen Integration für akut psychotische Patienten. » In W. Machleidt, P. Garlipp & H. Haltenhof (Eds). SCHIZOPHRENIE. BEHANDLUNGSPRAXIS ZWISCHEN SPEZIELLEN METHODEN UND INTEGRATIVEN KONZEPTEN. Stuttgart : Schattauer, 239-244.

HESSE, W. (2004b). « Sensorische Integration für schizophrene Patienten – ein historischer Überblick über angloamerikanische Therapieansätze. » In DVE (Eds). SENSORISCHE INTEGRATION IN DER PSYCHIATRIE. BEITRÄGE ZUR ERGOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG SCHIZOPHRENER PATIENTEN. Idstein : Schulz-Kirchner, 11-26.

HESSE, W. (2004c). « Diskussion und Ausblick. » In DVE (Eds). SENSORISCHE INTEGRATION IN DER PSYCHIATRIE. BEITRÄGE ZUR ERGOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG SCHIZOPHRENER PATIENTEN. Idstein : Schulz-Kirchner, 171-176.

HESSE, W. (sous presse). « Theory of Mind › und Tendenz zu Eigenbezüglichkeit bei schizophrenen Patienten. » ZEITSCHRIFT FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE, PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE.

HESSE, W. & KÖNIGER, G. (1998). « Erfahrungen mit Angeboten zur sensorischen Integration bei der Behandlung akut psychotischer Patienten. » ERGOTHERAPIE & REHABILITATION, 37, 5-11.

HESSE, W. & PRÜNTE, K. (2003a). « Sensorische Integration und schizophrene Störungen. Teil I : Grundlegende theoretische Modelle. » ERGOTHERAPIE & REHABILITATION, 42, 12-19.

HESSE, W. & PRÜNTE, K. (2003b). « Sensorische Integration und schizophrene Störungen. Teil II : Ein heuristisches Rahmenmodell zu Störungen der sensorischen Integration bei schizophrenen Patienten. » ERGOTHERAPIE & REHABILITATION, 42, 15-22.

HESSE, W. & PRÜNTE, K. (2003c). « Sensorische Integration und schizophrene Störungen. Teil III : Ein ergotherapeutisches Behandlungskonzept für akut psychotische schizophrene Patienten. » ERGOTHERAPIE & REHABILITATION, 42, 11-17.

HESSE, W. & PRÜNTE, K. (2004). SENSORISCHE INTEGRATION FÜR SCHIZOPHRENE PATIENTEN. THEORETISCHE GRUNDLAGEN – THERAPIEKONZEPT – ERFAHRUNGEN. Dortmund : Verlag modernes lernen.

HUBER, G. (1957). « Die coenästhetische Schizophrenie. » FORTSCHRITTE DER NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE UND IHRER GRENZGEBIETE, 27, 491-520.

HUBER, G. (1971). « Die ‹ coenästhetische Schizophrenie › als Prägnanztyp schizophrener Erkrankungen. » ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA, 47, 349-362.

HUBER, G. (1983). « Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. » NERVENARZT, 54, 23-32.

LEFF, J. & VAUGHN, C. (1985). EXPRESSED EMOTIONS IN FAMILIES. ITS SIGNIFICANCE FOR MENTAL ILLNESS. New York : Guilford.

LIBERMAN, R. P. (1986). « Coping and competence as protective factors in the vulnerability-stress model of schizophrenia. » In M. J. Goldstein, I. Hand & K. Hahlweg (Eds). TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA. FAMILY ASSESSMENT AND INTERVENTION. Berlin : Springer. 201-215.

NUECHTERLEIN, K. H. (1987). « Vulnerability models for schizophrenia : State of the art. » In H. Häfner, W. F. Gatttaz & W. Janzarik (Eds). SEARCH FOR THE CAUSES OF SCHIZOPHRENIA. Berlin : Springer, 297-316.

NUECHTERLEIN, K. H. & DAWSON, M. E. (1984). « A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. » SCHIZOPHRENIA BULLETIN, 10, 300-312.

NUECHTERLEIN, K. H., DAWSON, M. E., VENTURA, J., FOGELSON, D., GITLIN, M. & MINTZ, J. (1991). « Testing vulnerability models : Stability of potential vulnerability indicators across clinical states. » In H. Häfner & W. F. Gattaz (Eds). SEARCH FOR THE CAUSES OF SCHIZOPHRENIA, Vol. II. Berlin : Springer, 177-191.

OVERALL, J. E. & GORHAM, D. R. (1962). « The Brief Psychiatric Rating Scale. » PSYCHOLOGICAL REPORT, 10, 799-812.

ROYEEN, C. B. & LANE, S. J. (1998). « Verarbeitung taktiler Sinneseindrücke und sensorische Defensivität. » In A. G. Fisher, E. A. Murray & A. C. Bundy (Eds). SENSORISCHE INTEGRATIONSTHERAPIE. THEORIE UND PRAXIS. Berlin : Springer, 175-222.

SCHRÖDER, J., NIETHAMMER, R. & KARR, M. (1999). « Neurologische Soft Signs bei schizophrenen Psychosen : Klinische Ergebnisse und Befunde mit bildgebenden Verfahren. » In P. Bräuning (Ed.). MOTORISCHE STÖRUNGEN BEI SCHIZOPHRENEN PSYCHOSEN. Stuttgart : Schattauer, 68-82.

STRAUSS, J. S. & CARPENTER, W. T. (1981). SCHIZOPHRENIA. New York : Plenum.

WING, J. K. (1986). « Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf den Langzeitverlauf der Schizophrenie. » In W. Böker & H. D. Brenner (Eds). BEWÄLTIGUNG DER SCHIZOPHRENIE. Bern : Huber, 11-28.

ZUBIN, J. & SPRING, B. (1977). « Vulnerability – a new view of schizophrenia. » JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, 86, 103-126.

CHAPITRE II

THÉRAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE (TCC) APPLIQUÉE À L'ERGOTHÉRAPIE

MARIE-JOSÉ MANIDI

L'approche TCC met l'accent sur l'apprentissage d'un processus comportemental. Ceci pour deux raisons : d'une part, parce que le comportement s'articule bien avec l'activité et par conséquent appartient directement au domaine de l'ergothérapie ; d'autre part, parce que le travail sur les cognitions se fait surtout en psychothérapie. Allen (1982) a développé un modèle cognitif progressif adapté à l'ergothérapie. Il ne sera pas présenté dans ce chapitre, étant donné qu'il a été conçu pour des patients souffrant de démence ou de retard mental et ne concerne que de manière marginale les patients ayant des troubles psychiques aigus ou chronicisés.

L'approche TCC est particulièrement bien adaptée au processus de l'ergothérapie. Dans cette perspective, le traitement consiste à favoriser auprès de patients souffrant de troubles psychiatriques l'apprentissage d'un ensemble de comportements souhaités par le patient, efficaces, orientés vers le but à atteindre, harmonieux, organisés dans le temps et dans l'espace. De manière générale, l'approche TCC considère que le patient est bloqué dans un comportement inadapté. L'intervention en ergothérapie consiste alors à créer les conditions suffisantes au changement.

Un comportement est un ensemble d'actions produites par la personne, pour autant qu'elles soient observables. Celles-ci sont révélatrices

d'une organisation interne du sujet (émotions, pensées, raisonnement, anticipation, etc.) et de son mode d'appréhension du réel (Droz et Richelle, 1976).

Quel est alors le statut de l'activité dans l'approche TCC ? Ou comment l'activité et le comportement sont-ils articulés ? L'activité est le résultat d'une somme de comportements organisés et ordonnés dans le temps et dans l'espace qui dénomme une « séquence comportementale ».

Par exemple : Monsieur X. prend le bus pour arriver à 8h à l'atelier. La séquence comportementale consiste à arriver à l'heure à l'arrêt du bus, faire signe au chauffeur, monter dans le bus, s'installer dans le bus, descendre à l'arrêt prévu en vérifiant de ne rien avoir oublié, parcourir la distance jusqu'à l'atelier à pied et ouvrir la porte d'entrée peu avant 8 h. Être accueilli par l'ergothérapeute et les autres patients. La séquence comportementale suivante pourrait être comment la personne s'installe à sa place de travail et commence son travail.

Chacun de ces comportements est lui-même composé d'un certain nombre d'actions :

Par exemple, le comportement « faire signe au chauffeur » est composé des actions suivantes : regarder le bus qui s'approche, à un certain moment lever le bras en se plaçant au bord du trottoir, regarder le chauffeur, se retirer lorsque le bus s'approche du trottoir.

Nous verrons dans les chapitres suivants comment cette activité ou cette séquence comportementale, normalement réalisée, peut être constituée de comportements inadaptés, et quels moyens la TCC propose pour modifier ces comportements dysfonctionnels de manière stable.

CADRE GÉNÉRAL

Pour comprendre la production d'un comportement, l'approche TCC tient compte de la situation, la réponse ou le comportement produit en réponse à cette situation et les conséquences agréables ou désagréables issues de ce comportement.

Si nous reprenons la séquence comportementale : Monsieur X. prend le bus pour arriver à 8 h à l'atelier.
Une des situations est : le bus s'approche de l'arrêt.
La réponse est : Monsieur X. lève le bras et regarde le chauffeur.
La conséquence est : le bus s'arrête à la hauteur de Monsieur X.

La modification comportementale ou l'apprentissage de nouveaux schémas comportementaux s'inspire de trois modèles différents. Les deux premières théories de l'apprentissage se sont développées dès le début du XXe siècle de manière scientifique dans les laboratoires expérimentaux, et dès les années 50 en situations thérapeutiques et cliniques. L'application du processus TCC s'inspire de la démarche scientifique tout en l'adaptant à la clinique.

LE CONDITIONNEMENT CLASSIQUE

La première théorie de l'apprentissage s'appelle le conditionnement classique ou répondant. En Russie, l'histoire du conditionnement classique commence avec Ivan Sechenov (1829-1905) qui fut le père de la physiologie russe. Ses principes seront repris par Pavlov (1929) qui développe alors le conditionnement classique de manière expérimentale avec des chiens. Trente ans plus tard, Wolpe, en Afrique du Sud, publie en 1958 *Psychotherapy by reciprocal inhibition* sur le déconditionnement systématique des troubles anxieux en se basant sur les théories du conditionnement classique. Isaac Mark (1967) développe la technique d'exposition prolongée aux stimuli anxiogènes.

LE CONDITIONNEMENT OPÉRANT

La deuxième théorie de l'apprentissage s'appelle le conditionnement opérant. En 1911, Thorndike effectue des expériences sur l'apprentissage animal, ce qui lui permet de formuler la loi de l'effet : un comportement est appris en fonction de son effet sur l'environnement. Cette loi anticipe ainsi le principe de renforcement de la réponse/comportement par ses conséquences qui sera développé par les nombreux théoriciens du comportementalisme anglo-saxon. Watson (1924) crée le terme de *« behaviorism »* expliqué dans un manifeste et un livre intitulé de ce même nom. Il initie ainsi un nouveau courant psychologique, qui fera qu'aux États-Unis se répand rapidement un important courant comportementaliste. Un peu plus tard, Skinner (1936) établit les fondements de la philosophie de la science du « behaviorisme » dans son ouvrage intitulé *Par-delà la liberté et la dignité*. Parallèlement, il énonce et applique les bases

du conditionnement opérant. Il faut attendre les années 50 pour que se déploient les aspects cliniques. En 1953, Thorndike publie *The behavior of organism*. En 1954, Lindsley, et, plus tard, Ayllon et Azrin (1965) appliquent le conditionnement opérant dans les hôpitaux psychiatriques. En Angleterre, l'école de Maudsley Hospital, en particulier M. B. Shapiro et H. J. Eysenck (1952) développent des recherches sur les effets des psychothérapies. Ils démontrent l'inefficacité des traitements psychanalytiques. Bien que la méthodologie de cette étude soit critiquable, elle a marqué un changement des mentalités et l'avènement de l'approche TCC en thérapie clinique.

L'APPRENTISSAGE PAR MODÈLE

Vers la fin des années 60, la thérapie comportementale est enrichie par une théorie sociale de l'apprentissage élaborée par Bandura et Coll. à l'Université de Stanford (1976). Celui-ci développe des notions cognitives telles que l'auto-efficacité ou les attentes d'efficacité et de résultats dans la régulation de comportements, considérés comme un élément motivationnel important. La formation de buts (seul ou aidé du thérapeute) et de standards personnels, les attentes de résultats ou les attributions causales (raisons subjectives pourquoi ça a marché) sont déterminants pour le déclenchement, l'orientation, l'intensité et la persistance du comportement. En 1969, Bandura publie l'ouvrage *Principes de modification comportementale* dans lequel il décrit l'apprentissage social par imitation de modèle, appelé apprentissage vicariant. L'apprentissage vicariant se fait par l'intermédiaire de l'observation et de l'imitation de modèles qui peuvent être réels (l'ergothérapeute), symboliques (images réelles, virtuelles ou de synthèse) ou imaginaires (la personne se représente ou imagine la personne à qui elle aimerait ressembler). Bandura[7] fait ainsi le lien entre les comportementalistes, les cognitivistes et les environnementalistes. Les techniques développées dans le conditionnement social sont actuellement très répandues par le visionnement de la télévision, d'internet, par les effets de mode, par la mondialisation (2004).

7 Albert Bandura: Biographical Sketch: www.emory.edu/EDUCATION/mfp.bandurabio.html

La théorie de l'apprentissage par imitation sociale est, comme son nom l'indique, la forme d'apprentissage qui tient le plus compte de l'environnement social de la personne. Bandura et Cottraux (1998) évoquent le fait qu'il serait plus opportun de parler de régulation du comportement que de renforcement. En effet, dans ce cas, la circulation se fait dans les deux sens. La personne est à la fois productrice et le produit de son environnement.

LE STATUT DU COMPORTEMENT INADAPTÉ

En psychiatrie, le comportement inadapté est caractérisé par une rupture entre l'individu et son milieu ou son environnement. Il consiste en une inadéquation entre le comportement produit par la personne et les contraintes physiques (spatio-temporelles), sociales (relationnelles) et culturelles (liées aux rôles) qui le contextualisent.

La rupture avec le contexte psychophysique est une incapacité de la personne à se situer dans une continuité spatio-temporelle qui exige d'elle des compétences afin d'utiliser adéquatement certains objets, d'occuper un espace donné, d'organiser les séquences temporelles et de respecter la succession de ces séquences.

La rupture avec le contexte social et relationnel fait que la personne produit un comportement inadéquat ou une absence de comportement qui sera perçu et interprété par l'entourage comme un signe d'isolement, de rejet, d'agressivité, de violence, d'inconstance, autrement dit, de rupture relationnelle avec un ou plusieurs individus.

La rupture avec le contexte culturel se réfère à l'image que la personne se donne à elle-même et donne aux autres, qui rend son rôle peu identifiable ou problématique par l'entourage. Le contexte culturel conditionne une grande variété de rôles depuis notre rôle sexuel (féminin ou masculin) jusqu'aux rôles qui permettent d'identifier la personne dans sa spiritualité et ses valeurs les plus profondes.

Les comportements inadaptés sont le résultat de cercles vicieux (cf. problématique). Nous verrons dans le processus thérapeutique comment l'ergothérapeute, en collaboration avec le patient, peut les modifier durant le traitement.

LES DEUX AXES PRINCIPAUX DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Nous avons vu dans le chapitre précédent quelle était la séquence comportementale d'une activité simple : M. X. prend le bus pour arriver à 8 heures à l'atelier. Nous allons maintenant étudier comment l'ergothérapeute intervient auprès de personnes présentant des comportements inadaptés dans le domaine de la psychiatrie.

L'ergothérapeute intervient dans deux milieux ou contextes thérapeutiques différents :

- En Soins aigus (SA), en milieu hospitalier ou en institution thérapeutique intermédiaire (hôpital de jour ou Unité d'action temporaire, par exemple). C'est l'équipe médico-sociale qui est impliquée dans le processus thérapeutique. Celui-ci a pour fonction la diminution de la souffrance du patient par atténuation ou compensation progressive des troubles. En soins psychiatriques, pour pouvoir appliquer l'approche TCC, l'ergothérapeute s'assure que les capacités de collaboration du patient soient présentes.
- En REHABilitation (REHAB) : le patient vit dans son milieu géographique et social. Ses troubles sont considérés comme chronicisés. Souvent, il s'agit de patients présentant des troubles de la schizophrénie. Le traitement thérapeutique a pour but d'entraîner le patient à l'acquisition de compétences neurocognitives, psychosociales (Tempier, Favrod, 2002) ou particulières aux activités de la vie quotidienne (AOTA, 2002).

Dans les deux cas, la structure du processus thérapeutique est identique, par contre les contenus sont différents. Nous présenterons cinq axes principaux du processus thérapeutique :

1. Observer et identifier le ou les comportements inadaptés avec la collaboration indispensable du patient : topographie, fréquence, intensité, durée des comportements inadaptés. En SA, l'observation occupe parfois l'ensemble de l'intervention de l'ergothérapeute, surtout lorsque le patient ne reste que deux semaines et décide de ne faire aucun suivi dès sa sortie de l'hôpital. En REHAB, l'observation est surtout orientée vers les compétences sociales et les compétences de la vie quotidienne liées à la schizophrénie.

2. Analyser et comprendre le problème qui se différencie en quatre éléments principaux. L'ergothérapeute, en collaboration avec le patient, analyse l'interaction entre : la situation ou le contexte ; l'organisation interne : ce que la personne perçoit de la situation, son interprétation ou ses anticipations ; le comportement inadapté ou l'action inadéquate et ses conséquences sur la personne et son contexte. Lorsque le comportement inadapté est établi depuis longtemps, les conséquences deviennent progressivement des anticipations qui vont faire que la personne s'attend à trouver dans la situation ce qui permettra de déclencher à nouveau le comportement inadapté. En cela, le comportement inadapté fonctionne comme un cercle vicieux ou une boucle automatisée. En SA, les situations sont totalement contrôlées dans le contexte de l'atelier. Les conditions de réalisation des tâches sont contrôlées et modulées par l'ergothérapeute. En REHAB, les contingences sont introduites progressivement afin de rendre le contexte toujours plus semblable à la réalité.

3. Identifier, en coopération avec le patient et l'équipe soignante, les compétences nécessaires au patient et au contexte afin que le comportement inadapté se modifie progressivement. Pour cela, il est nécessaire de connaître les ressources du patient et de son contexte. En SA, le patient se trouve en situation protégée. D'autre part, ses ressources peuvent être temporairement inexistantes. L'ergothérapeute collabore quotidiennement avec l'ensemble de l'équipe soignante. En REHAB, les ressources dépendent du contexte. L'ergothérapeute travaille en liaison avec le réseau constitué de proches et d'autres professionnels.

4. Intervenir en situation thérapeutique qui est, nous le rappelons, un processus d'apprentissage au sens large. Nous parlerons donc de processus d'apprentissage thérapeutique[8] (Perrez et Baumann, 1998) : les techniques d'intervention sont variées et leur application est souvent organisée en étapes systématiques, ce qui simplifie l'intervention : exposition ou

8 Dans certains cas, le comportement inadapté s'arrête d'un coup après une longue préparation (arrêt de la prise d'alcool, de drogue ou de cigarettes, ceci concerne toute situation de dépendance (Prochaska, 1986). Dans d'autres cas, c'est un processus plus ou moins lent. L'ergothérapeute met surtout en place des processus de changement qui sont des apprentissages thérapeutiques, établis en collaboration avec le patient.

immersion, façonnage, modelage, affirmation de soi, résolution de problèmes. En SA, le processus d'apprentissage thérapeutique se fait surtout individuellement et dépend du comportement problématique tel qu'il a été identifié dans les phases 1 à 3. L'ergothérapeute utilise surtout l'activité structurante ou créatrice comme moyen d'intervention. L'évolution peut être dans certains cas très rapide. En REHAB, le processus d'apprentissage thérapeutique est surtout orienté vers des programmes d'entraînement.

5. Évaluer l'atteinte de l'objectif thérapeutique en collaboration avec le patient et, si cela n'est pas le cas, mise en place de ce changement dans son contexte quotidien. La fin du traitement en SA est parfois vécue comme une rupture par le patient. Des efforts sont faits par la psychiatrie communautaire pour réinsérer le patient efficacement dans son milieu (psychiatrie de liaison et suivi intensif dans le milieu). Les ergothérapeutes sont appelés à être plus régulièrement associés à la sortie du patient de l'hôpital. La fin du traitement en REHAB s'articule souvent avec des stratégies d'insertion ou de réinsertion dans le milieu professionnel, en ateliers protégés ou simplement dans une structure associative (cf. chapitre IX).

PROFIL DE COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

Cette partie du processus consiste à identifier, par l'observation de l'ergothérapeute, par l'auto-observation du patient et par la conversation lors des entretiens, le ou les comportements inadaptés. Pour une meilleure compréhension du texte, nous présenterons un exemple en SA, d'une patiente hospitalisée souffrant d'une dépression.

Lors du premier entretien (ENTRETIEN I), le patient est informé de la démarche en TCC, de l'observation que l'ergothérapeute va entreprendre et, si cela est possible, le patient y est associé lors d'entretiens successifs. L'ergothérapeute lui donne des explications, elle sollicite son avis et ses suggestions, elle vérifie ce qu'il comprend et ce qu'il accepte.

De manière générale, le but de l'observation consiste à identifier : les déficits comportementaux (Liberman, 1991) : quels comportements doivent être instaurés (par exemple, dans des situations d'aboulie,

d'anhédonie, d'inactivité, d'évitement social), améliorés, apparaître plus fréquemment, être plus adaptés? Les excès comportementaux (Liberman, 1991) surtout auprès de personnes ayant des troubles psychotiques: quels comportements doivent être supprimés, diminués en fréquence ou en intensité ou modifiés? Les contradictions ou dysrégulations comportementales (Linehan, 2000) qui concernent surtout des patients souffrant de troubles de personnalité état-limite.

Les indicateurs sur lesquels portera l'observation directe sont au nombre de trois. Le premier est caractérisé par les activités de la vie quotidienne et comportements d'autonomie dans le contexte physique ou instrumental. L'observation porte sur trois types d'actions: les actions automatisées telles que marcher par exemple, les actions répondant à des schémas, des patterns ou routines, se préparer une tasse de thé par exemple, et les actions inconnues par la personne où elle sera obligée d'agir en transférant des compétences acquises dans d'autres routines (Wykes, 2002). Nous avons dans cette catégorie, par exemple, accomplir son hygiène personnelle, conduire une activité particulière (confectionner un collier, par exemple), se déplacer d'un endroit à un autre, exécuter diverses tâches plus ou moins complexes, entretenir son appartement, cuisiner, s'occuper d'un enfant, etc. Le second indicateur sur lequel portera l'observation directe est caractérisé par les habiletés sociales et interpersonnelles: ce sont toutes les situations où la personne ne peut pas agir seule. Les indicateurs de cette catégorie sont, par exemple, participer à une conversation avec une, deux, plusieurs personnes; prendre une initiative auprès d'autres personnes; se soumettre à un ordre; avoir une attitude de leadership; refuser une tâche ou une demande; accepter un compliment; savoir collaborer dans un groupe. Le troisième indicateur porte sur l'identité personnelle et la capacité à exprimer ses différents rôles (de parent, d'enfant, d'ami, d'homme, de femme, de membre d'une association, de professionnel, etc.) par des apparences (coiffure, habillement, territoire, stratégie personnelle, etc.) ou des attitudes particulières.

Les indicateurs de l'observation indirecte ou inférée[9] sont caractérisés par des aspects que l'ergothérapeute ne peut pas observer directement. La collaboration du patient est nécessaire, soit sous la forme

9 La description directe ne suffit pas, elle nécessite une interprétation qui se fait, dans la mesure du possible, en relation avec le patient.

d'auto-observations (évaluation subjective d'un état), soit par une investigation systématique de la part du thérapeute. Le premier indicateur indirect est caractérisé par les compétences neurocognitives simples ou complexes : chaque activité de la vie quotidienne ou le comportement d'autonomie observé exige de la personne des compétences cognitives simples telles que capacité de compréhension de la consigne, d'anticipation, d'attention (sélective, soutenue), de concentration, de mémoire procédurale et des compétences cognitives complexes telles que la capacité à organiser la tâche (planifier son temps ou la succession des tâches à exécuter), capacité à la résolution de problèmes, capacité à la prise de décision, capacité à s'exprimer oralement, par écrit, capacité à calculer, etc. Les capacités neurocognitives complexes devraient être travaillées en collaboration avec un neuropsychologue. L'ergothérapeute est surtout concerné par les compétences cognitives procédurales faisant intervenir un traitement de l'information simple. Le second indicateur indirect est caractérisé par les constituants émotionnels et physiologiques : perceptions ressenties par la personne, émotions primaires (colère, joie, tristesse, dégoût, peur) et les émotions apprises ou sociales telles que la responsabilité, la culpabilité, la jalousie, le ressentiment, etc. Enfin, troisième catégorie, les constituants moraux et sentimentaux caractérisés par les valeurs personnelles, les intérêts, les motivations, les jugements, les espoirs, les rêves, les révoltes, les luttes, de la personne, etc. Dans cette catégorie sont incluses les représentations que la personne se fait de son corps propre, de la relation qu'elle entretient avec le monde externe. Nous intégrons également dans cet indicateur le sentiment même de soi ou la conscience de soi[10].

Lors de l'observation directe et/ou indirecte d'un comportement inadapté, l'ergothérapeute ou le patient prennent en compte cinq indices qui permettent de caractériser son action : la fréquence des comportements, soit le nombre de fois qu'un comportement apparaît durant un temps limité : par exemple, le nombre de fois que le patient interrompt

10 Nous faisons référence ici à Damasio (1999) et à une nouvelle génération de neurophysiologistes qui expliquent le fonctionnement neurophysiologique des cognitions et des émotions. Ils identifient une troisième catégorie, qui serait le sentiment de soi ou la conscience de soi. Cet état est un sentiment très complexe et évolutif qui va de l'état d'éveil jusqu'à la conscience subtile de soi et des autres.

sa tâche ; la durée du comportement, par exemple, durant combien de temps la personne reste inactive ou, au contraire, durant combien de temps elle est hyperactive ; l'intensité du comportement fait référence à la sévérité et à l'amplitude du comportement inadapté. Par exemple, si la personne est violente, on essaiera de mesurer de manière subjective l'intensité de cette violence. Si la personne éprouve de l'anxiété, le patient essaiera d'estimer l'intensité de cette émotion à l'aide d'une échelle de 0 à 10 ; la latence est le temps parcouru entre le comportement du patient et le signal qui l'a déclenché. Par exemple, l'ergothérapeute demande au patient de ranger sa place. La latence est le temps écoulé entre le moment de la demande de l'ergothérapeute et le moment où le patient commence à le faire. Enfin, la qualité du comportement qui est quelque chose de descriptif et non pas quantitatif comme les autres indices, par exemple, « il regarde les autres en plissant les yeux » ou « il ne prononce pas les ‹ r › lorsqu'il parle ».

La gestion des ressources est également abordée durant l'observation en établissant avec l'aide du patient un inventaire de ses ressources. Si cela n'est pas possible, l'ergothérapeute lui fait des propositions. Les ressources sont généralement identifiées dans la sphère personnelle du patient (compétences acquises ou potentielles de la personne), intérêts et motivations et dans son environnement ou sa sphère contextuelle (apports de son entourage). De manière générale, les ressources personnelles permettent au patient d'accéder plus facilement à des activités qui procurent du plaisir, de la satisfaction et un sentiment de maîtrise de l'activité. Les ressources environnementales sont en lien avec la famille, l'environnement social, la sphère professionnelle ou associative, les ressources économiques, de logement.

EXEMPLE DE MICHELINE

Micheline, 35 ans, est mère de trois enfants (deux filles de 12 et 4 ans et un garçon de 8 ans). Elle habite à la campagne. Depuis la naissance du second, elle a des périodes où elle ne parvient plus à dormir et entreprend des dizaines d'activités qu'elle ne termine pas. Après quelques semaines, elle devient totalement prostrée et passe sa journée au lit. Elle ne peut plus faire son ménage. Elle a été hospitalisée depuis une semaine dans un état dépressif important sans risques suicidaires. Elle a déjà fait quatre séjours à l'hôpital. Sa belle-mère s'occupe de ses enfants durant son hospitalisation. Micheline pense toujours à ses enfants et elle veut se hâter de guérir pour pouvoir s'occuper d'eux. Elle se sent mieux quand elle peut leur cuisiner des petits plats et leur confectionner des habits. Son mari lui rend visite tous les jours à l'hôpital et il est très attaché à elle. Vous la recevez à l'atelier de l'hôpital.

La prescription du médecin est de préparer son retour à domicile qui aura lieu dans quelques semaines.

Lorsque Micheline arrive à l'atelier, l'ergothérapeute lui présente les différentes activités. Micheline dit ne rien avoir envie de faire. Les raisons évoquées sont qu'elle se sent fatiguée et qu'elle n'arrive pas à se concentrer. Elle dit également qu'elle ne pense pas qu'elle arrivera à s'occuper à nouveau de ses enfants. L'ergothérapeute apprend qu'elle a fait beaucoup d'habits à ses enfants. Elle accepte de confectionner une petite couverture en tissu pour la poupée de sa fille de 4 ans, mais comme elle n'est pas certaine d'y arriver, elle demande que l'ergothérapeute la guide.

L'observation directe montre que Micheline a une bonne technique d'exécution. Elle sollicite l'ergothérapeute uniquement lorsqu'elle a terminé une tâche et qu'elle n'arrive pas à prendre l'initiative de passer à la suivante (nœuds de l'analyse structurale de l'activité). Elle travaille très lentement. Une autre observation montre que Micheline s'isole des autres patients et ne lève jamais la tête de son ouvrage. Durant la pause, elle sort de l'atelier pour fumer une cigarette et ne reste pas avec le groupe des patients.

Après deux jours, l'ergothérapeute demande à Micheline de faire deux auto-observations. Elle accepte. L'auto-observation consiste à noter sur une échelle l'intensité de la fatigue éprouvée en début de séance et en fin de séance, et de noter sur la même échelle en une autre couleur sa capacité subjective de concentration durant l'activité.

Les ressources de Micheline sont établies lors d'un entretien après une semaine. Il s'avère que la patiente est très décompensée, elle estime ne pas avoir de ressources. À nouveau, l'ergothérapeute lui fait des propositions et demande à la patiente d'estimer si ce qui lui est présenté est considéré par Micheline comme une ressource. Concernant l'analyse des ressources de Micheline, l'ergothérapeute différencie les ressources personnelles de celles issues de son environnement.

Un travail ultérieur, qui se fera durant le traitement, sera de demander à la patiente de caractériser comment elle envisage d'utiliser ou réactiver les ressources à moyen ou long terme.

PROBLÉMATIQUE

La problématique dans l'approche TCC consiste à déterminer le comportement cible problématique en identifiant ses antécédents, à comprendre comment il se déclenche et quelles sont les conséquences pour la personne et pour son entourage et à estimer, parallèlement, la motivation personnelle du patient pour le changement. Il s'agit d'une analyse comportementale ou fonctionnelle dans laquelle l'ergothérapeute essaie d'articuler les différents éléments pour en faire une compréhension dynamique du problème du patient. Elle permet d'identifier les leviers thérapeutiques pour amorcer le changement de l'état de détresse dans lequel se trouve le patient. L'analyse comportementale et fonctionnelle est à la fois concrète et synthétique, elle permet de comprendre en profondeur le problème

du patient. L'analyse fonctionnelle est à la clinique ce que l'hypothèse est à la recherche. L'analyse fonctionnelle est une manière de dessiner sur le papier le problème du patient, il est évident que toute la compréhension clinique ne peut pas être représentée sur le papier, mais les lignes de force devraient y figurer.

La collecte de l'ensemble de l'information permet d'établir l'analyse fonctionnelle. L'information est contenue dans le dossier du patient (s'il est hospitalisé) et elle provient également de l'observation directe et indirecte telle qu'elle a été présentée dans le sous-chapitre de l'évaluation formative.

Le schéma ci-dessous (figure 7) représente l'analyse fonctionnelle du comportement problématique. Il s'agit du cercle vicieux adapté de Cungi (2001) ou de l'analyse en chaîne (Linehan, 1993, 2000).

Les comportements problématiques de Micheline : A « Rester sans rien faire à l'atelier » et B « Éviter tout contact avec ses pairs » seront illustrés par le cercle vicieux ou l'analyse fonctionnelle présentés à la figure 7.

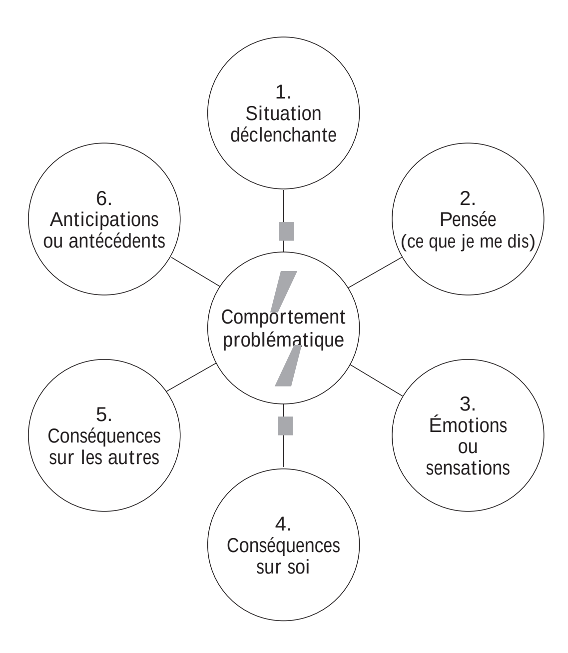


Figure 7 : Le cercle vicieux ou l'analyse fonctionnelle (adapté de Cungi, 2001).

Nous illustrons le cercle vicieux ou l'analyse fonctionnelle de la figure 7 par les problématiques de Micheline.

COMPORTEMENT PROBLÉMATIQUE A :

«RESTER SANS RIEN FAIRE À L'ATELIER : ABSENCE DE COMPORTEMENT»

Situation déclenchante :
À l'atelier, en présence d'autres patients, l'ergothérapeute lui propose de faire quelque chose : elle décide de faire une couverture pour sa fille.

Pensées (auto-observations) :
« Je ne sais pas faire, même si je fais ça ne sera pas bien, je suis une mauvaise mère. »

Émotions (auto-observations) :
« Je me sens fatiguée, triste, confuse, j'ai peur. »

Conséquence sur soi :
C– Confirmation des pensées négatives sur elle-même, C– Estime de soi très basse,
C+ Elle peut ainsi jouer un rôle de victime et se faire aider.

Conséquence sur les autres :
C+ l'ergothérapeute s'occupe d'elle, C+ les autres patients la laissent tranquille.

Toute situation dans laquelle je dois agir m'est insupportable, ça me paralyse. Je me dis que je ne suis pas capable de la faire.

COMPORTEMENT PROBLÉMATIQUE B :

«ÉVITE TOUT CONTACT AVEC LES AUTRES PATIENTS»

Situation déclenchante :
À l'atelier, en présence d'autres patients, au moment de la pause de 10h.

Pensées (auto-observations) :
« Je suis nulle, je ne vois pas comment quelqu'un pourrait s'intéresser à moi. Je ne sais pas quoi leur dire, aux autres. »

Émotions (auto-observations) :
« J'ai peur des autres en général (70 %) ; j'ai peur des autres au moment de boire le café (50 %). »

Conséquence sur soi :
C– Elle est isolée des autres, C– Estime de soi très basse, C+ Elle contrôle la relation aux autres.

Conséquence sur les autres :
C+ l'ergothérapeute s'occupe d'elle, C+ les autres patients la laissent tranquille.
« J'ai peur de ce que les autres vont me dire, je crois que je ne saurais pas quoi leur dire. »

Cottraux (1998) propose un entretien structuré (ENTRETIEN II) qui permet de préciser les constituants du comportement cible ou du comportement problème. Nous présentons au tableau 1, en regard de chaque question, les réponses faites par Micheline:

TABLEAU 1: L'ENTRETIEN STRUCTURÉ DANS L'APPROCHE TCC
(ADAPTÉ DE COTTRAUX, 1998)

Questions	Exemple de Micheline
Depuis quand a lieu le comportement problématique (CP)?	«Le comportement est apparu quand mon fils est né. Il s'est aggravé à plusieurs reprises et chaque fois je devais être hospitalisée. Cette dernière fois, il est apparu depuis un mois.»
Où?	«Au début à la maison, maintenant c'est où que je sois. Je crois que c'est plus fort à l'atelier que dans ma chambre. Dans les corridors de la clinique j'aime pas non plus.»
Quand?	«Surtout le matin jusqu'à midi, l'après-midi c'est moins fort, mais c'est le soir que ça va le mieux.»
Comment?	«J'aimerais rester couchée toute la journée, je n'ai plus envie de rien, je me sens fatiguée et je n'ai pas le courage de faire quelque chose, de manger et même de regarder la télévision. Je n'ai pas envie de parler avec les autres. J'ai envie de rester seule dans mon coin et que personne ne me dérange.»
Qu'est-ce qui précède le CP?	«Je me dis que je ne suis pas capable de la faire, je me sens fatiguée et triste. J'ai peur de ce que les autres vont me dire, je crois que je ne saurais pas leur répondre.»
Qu'est-ce qui diminue le CP?	«De penser au plaisir que ma fille aura d'emballer sa poupée dans la couverture. De m'adresser à quelqu'un en ayant quelque chose de précis à lui demander. C'est moi qui prendrai l'initiative.»
Qu'est-ce qui augmente le CP?	«De me sentir fatiguée, d'avoir l'impression de ne pas savoir comment faire. De sentir le regard de l'autre sur moi, d'être immobile, d'être tous assis autour de la table à ne rien dire.»
Qu'est-ce qui inhibe le CP?	«De savoir que l'ergothérapeute est là et qu'elle peut m'aider si j'en ai besoin. D'avoir quelque chose à faire, comme par exemple servir le café ou couper le gâteau.»

Un système d'analyse fonctionnelle doit être fiable, valide et surtout utile. Il est à la source du plan de traitement et doit permettre à l'ergothérapeute de prendre les bonnes décisions. L'ergothérapeute aura les meilleurs résultats si les problèmes et les objectifs qui en découlent sont

pertinents et sont sensibles aux changements de comportement du patient, de telle sorte que l'ergothérapeute pourra les mesurer et en rendre compte lors de l'évaluation sommative en SA et REHAB.

L'analyse fonctionnelle rend compte du fonctionnement psychosocial du patient. Lorsque le temps est compté, il doit se faire rapidement et simplement. L'expérience de l'ergothérapeute y est pour beaucoup.

PLANIFICATION DU TRAITEMENT

La planification du traitement consiste à mettre en place les objectifs qui permettront au patient d'initier et de stabiliser son changement au travers d'apprentissages thérapeutiques.

L'analyse fonctionnelle, la planification et l'application du traitement s'établissent souvent de manière circulaire, afin de permettre d'ajuster progressivement un objectif ou de le modifier ; par exemple, lorsque la résistance au changement du patient est trop grande.

Les objectifs généraux tels que présentés au tableau 2 planifient le traitement en SA sur une semaine à un mois selon la gravité du trouble, et sur un mois ou un trimestre en REHAB. Voici quelles sont les caractéristiques des objectifs :

L'énoncé de l'objectif décrit le comportement-cible qui peut être observé et mesuré soit par l'ergothérapeute soit par le patient lui-même. Des objectifs tels que « augmenter la confiance en soi, être moins agressif, être plus sociable, être plus autonome, être plus compliant » ne sont pas des comportements-cibles. Par contre, « commencer seule une nouvelle couture, adresser la parole à l'ergothérapeute en la regardant, ranger sa place avant de quitter l'atelier, prendre des initiatives dans des activités faciles » (tableau 3) sont des comportements-cibles observables.

Au tableau 3, l'énoncé de l'objectif décrit les conditions de manifestation du comportement : lors de quelle activité ce comportement sera-t-il modifié ? À quel moment et à quel endroit le comportement se produit-il ? Quel degré d'aide est nécessaire ? Sur quels indices de la situation vous attirerez l'attention du patient afin que l'évolution puisse être observée et mesurée ?

L'énoncé de l'objectif précise les critères de réussite (tableau 3), c'est-à-dire le seuil minimum à partir duquel l'ergothérapeute et le patient

estiment que le comportement attendu est maîtrisé de façon suffisamment durable. Le critère de réussite est généralement fixé à 80 % ou 100 %.

L'objectif est, dans la mesure du possible, établi en collaboration avec le patient ou, s'il est fait hors de sa présence, l'ergothérapeute lui montre le programme thérapeutique et discute avec lui/elle de son application et des critères d'évaluation.

TABLEAU 2 : PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE DE MICHELINE
(ADAPTÉ DE MONTREUIL ET MAGEROTTE, 1994)

Programme thérapeutique

Nom et prénom : Micheline

Indication du psychiatre de l'institution : stimulation thymique de la patiente en prévision d'un retour à domicile

Date de mise en application du programme : 4 septembre 2004

Décisions prises lors des réseaux thérapeutiques ou des réunions d'équipe :
3 septembre : un programme thérapeutique stimulant est mis en place, dont l'ergothérapie
14 septembre : la thymie de Micheline va mieux, les objectifs 1 et 2 sont atteints à 60 %
28 septembre : réunion de sortie pour Micheline. OBJ 1 et 2 : 90 %. Travaillé sur l'objectif 3.

Priorité	But	Objectifs généraux	Responsabilité, stratégies	Date de l'atteinte de l'objectif
1	Activité de la vie quotidienne et comportements d'autonomie.	Être active à l'atelier. Prendre des initiatives dans des activités faciles. Prendre des initiatives dans des activités complexes.	Respecter la progression des difficultés. Mesurer la satisfaction et la maîtrise.	Le 3e jour Fin de la 1re sem. Fin de l'hospital.
2	Habiletés relationnelles	S'adresser aux autres patients durant l'activité. S'adresser aux autres patients durant la pause. Préparer la pause et servir les autres patients.	Être attentive à sa thymie et aux effets secondaires des médicaments. L'ergothérapeute sert de facilitatrice.	Après la 1re sem. Durant la 2e sem.
3	Identité personnelle et capacité à exprimer ses rôles de mère et d'épouse.	Susciter des contacts avec ses enfants. Prendre des initiatives avec son mari.	Mesurer l'anxiété au travers de divers prétextes. Mesurer le plaisir, explorer les pensées.	Durant la 3e sem. Dès la 3e sem. Lors des visites de son mari.

TABLEAU 3 : FORMULATION D'UN OBJECTIF DE MICHELINE
(ADAPTÉ DE MONTREUIL ET MAGEROTTE, 1994)

Nom, prénom Période	Micheline Du 4 au 28 septembre 2004
Comportement-cible	Prendre des initiatives dans des activités faciles
Conditions de réalisation Quelle activité	Confectionner une couverture pour la poupée de sa fille.
Difficulté estimée de l'activité	Facile.
Quand ?	Début du traitement (1re semaine).
Où ?	À l'atelier uniquement.
Facilitateurs/soutien thérapeutique	L'ergothérapeute : par des encouragements, des orientations, une analyse de la compétence nécessaire.
Personnes impliquées directement ou indirectement ?	L'ergothérapeute, sa fille et une patiente, voisine de table à l'atelier.
Indices observés	Maîtrise attendue et observée ; satisfaction attendue et observée.
Seuil de réussite	Nombre de nœuds de l'analyse structurale que Micheline parvient à faire sans l'aide de l'ergothérapeute : 90 %. Maîtrise attendue 60 % et observée : 80 %. Satisfaction attendue 70 % et observée 80 %.

L'ENTRETIEN III permet l'établissement du contrat thérapeutique avec le patient. Le contrat présente les éléments suivants :

– Les objectifs généraux sont précis. L'atteinte progressive est un indicateur du degré du succès du traitement. Les comportements sont définis dans des termes précis et accessibles. Les ressources auxquelles la personne peut faire appel en cas de besoin lui sont indiquées ; le programme des séances d'ergothérapie ; le ou les lieux des séances (atelier ou à l'extérieur) ; les programmes techniques pour atteindre les objectifs (quel traitement sera appliqué) ; l'activité ou les activités que le patient souhaiterait entreprendre. Ce que le patient pense pouvoir améliorer (par exemple, contact avec les autres, être dans un groupe, demander quelque chose à quelqu'un, etc.). Ce que le patient ne pense pas pouvoir améliorer (par exemple, se rendre à l'étranger à une date déterminée, assumer des tâches qu'il estime

trop difficiles). La durée approximative du traitement ; spécifier la collaboration avec d'autres professionnels ; spécifier la participation des membres de sa famille ; la négociation du contrat thérapeutique est essentielle et demande à ce que l'ergothérapeute y passe suffisamment de temps. Le patient peut faire semblant de l'accepter, mais effectivement ne l'accepte pas. C'est à l'ergothérapeute d'identifier l'accord véritable du patient. Le bon déroulement de la thérapie repose sur la bonne négociation du contrat entre le patient et l'ergothérapeute.

– Définir le problème et établir les objectifs ne sont pas suffisants pour assurer le changement des comportements inadaptés du patient de manière durable. Ils sont nécessaires pour savoir sur quoi portera l'apprentissage thérapeutique et comment le mesurer (donc en rendre compte à l'équipe, au médecin et, pourquoi pas, aux assurances). Le changement se base sur l'application de trois principes thérapeutiques qui vont varier en fonction du type de problème et qui s'accompagnent de stratégies d'intervention.

L'APPRENTISSAGE THÉRAPEUTIQUE CLASSIQUE

Il s'inspire du conditionnement classique et consiste à varier les situations ou à agir sur le cadre tout en étant attentifs aux émotions ou aux effets physiologiques ressentis par le patient.

Cet apprentissage s'adresse surtout à des patients décompensés, hospitalisés (SA) qui sont envahis par leurs émotions, en particulier par une anxiété persistante. L'ergothérapeute intervient en agissant sur la situation, le contexte qui précède le comportement. Le fait de placer le patient dans une situation bien préparée permet de favoriser progressivement la mise en place d'un comportement adapté que son trouble avait fait disparaître (inactivité dans le cas de la dépression, asociabilité dans le cas de troubles de la schizophrénie, accompagnée d'anhédonie, asthénie, alogie, aboulie, etc.). La technique consiste à utiliser des stimuli discriminatifs efficaces dans le but de généraliser l'apparition (en fréquence et en durée) du comportement désiré. Les stimuli discriminatifs sont des indices naturels pertinents et stimulants pour le patient, qu'il peut identifier facilement et qui lui indiquent la tâche ou l'activité à effectuer.

Par exemple, les indices auditifs : Micheline identifiera le moment de commencer à faire le café à la pause par un petit son convenu entre l'ergothérapeute et elle. Les lieux : Micheline choisit une place pour ranger ses affaires et utilise toujours la même place de rangement tout au long de son traitement.

Quelques stratégies :

- Éviter de trop parler durant les consignes thérapeutiques. Si le patient est totalement décompensé, il parviendra mieux à identifier les aspects kinesthésiques et gestuels exprimés par l'ergothérapeute. Utiliser des consignes courtes ayant un rapport direct avec l'activité. L'agencement du matériel et du lieu sont déterminants et peuvent également constituer un indice de la tâche à accomplir. Établir des routines et une organisation temporelle stable durant la séance d'ergothérapie. Ceci aura pour fonction de rassurer et structurer le patient.
- Lorsqu'un comportement-cible se répète suffisamment souvent et dans des situations toujours plus complexes, il devient alors une compétence. La compétence ou le comportement sont généralisés s'ils se réalisent dans d'autres lieux avec d'autres personnes et dans d'autres conditions : à l'atelier pour commencer, puis dans le service, au foyer et à la maison. Le comportement peut ne pas se généraliser si le patient n'a pas suffisamment l'occasion de l'exercer ou si l'ergothérapeute n'informe pas les autres services ou lieux d'accueil quant aux apprentissages effectués et aux renforçateurs utilisés durant l'apprentissage thérapeutique à l'atelier. Ceci est surtout le cas pour des patients déstructurés cognitivement et dépendants du personnel éducatif.

L'APPRENTISSAGE THÉRAPEUTIQUE OPÉRANT

Il est basé sur le conditionnement opérant. Il consiste à varier les conséquences ou les effets du comportement inadapté sur soi et sur l'environnement (conséquences positives et négatives). Dans ce cas, l'ergothérapeute agit sur les cognitions et les effets structurants. L'ergothérapeute utilise des techniques opérantes de renforcement, d'entraînement aux compétences psychosociales ou des techniques d'apprentissage proprement dites.

Il est bien adapté aux patients chroniques (REHAB), plus particulièrement aux patients souffrant de schizophrénie. Il est indiqué et agit de

manière efficace sur les symptômes négatifs. L'ergothérapeute établit des programmes d'entraînement qui ont pour but l'acquisition de divers types de compétences: savoir résoudre un problème, être capable de s'affirmer, savoir conduire ou suivre une conversation, etc. Les compétences entraînées se réfèrent aux sept domaines d'activités de l'AOT (2002): activités de la vie quotidienne personnelles, participation sociale, activités de la vie quotidienne en lien avec le contexte, constituants éducatifs, constituants professionnels, constituants ludiques, constituants de loisirs.

L'apprentissage thérapeutique opérant agit prioritairement sur la motivation. Nous présentons ici quelles sont les différentes formes de renforcements et comment elles peuvent être utilisés par l'ergothérapeute:

– Les conséquences sont positives et augmentent l'apparition (en fréquence et en durée) du comportement adapté (le patient retire un bénéfice de ce qu'il fait): par exemple, l'ergothérapeute félicite Micheline lorsqu'elle parvient à poursuivre seule son travail.

Différents types de bénéfices peuvent être proposés au patient:

– Les renforçateurs primaires sont destinés à être consommés immédiatement (nourriture, cigarettes, habits, boissons, etc.). Les renforçateurs sociaux sont caractérisés par des commentaires verbaux et des expressions gestuelles positifs de l'entourage (encouragements, compliments, regards, sourires, remarques positives, contacts, sms, téléphones, lettre, etc.). Les activités intéressantes sont appréciées et rassurent le patient (regarder la TV, écouter de la musique, aller au cinéma, sortir en ville, etc.). Les renforçateurs intermédiaires peuvent être thésaurisés et échangés contre d'autres renforçateurs selon un tarif préalablement fixé et connu de la personne (argent, jetons, fiches d'observation, points obtenus). Le choix du renforçateur est individuel. Il est négocié – si cela est possible – avec le patient.
– Le retrait des conséquences positives ou le *time out*: si Micheline aime venir à l'atelier et si elle est trop agitée dans le service, l'équipe peut décider de la priver d'atelier.
– Le retrait des conséquences négatives: en venant à l'atelier et en étant occupée, Micheline trouve une solution à son mal-être (cet aspect est souvent présent dans le traitement psychiatrique).

L'APPRENTISSAGE THÉRAPEUTIQUE PAR MODÈLE

Le troisième principe consiste à inclure un modèle dans l'apprentissage thérapeutique d'un comportement nouveau. Le patient imite une autre personne (l'ergothérapeute au début du traitement ou un pair) ou un modèle filmé qui accomplit la même activité que lui.

Les ergothérapeutes utilisent ce type d'apprentissage quotidiennement lors de l'apprentissage de nouveaux comportements de la vie quotidienne ou de nouvelles techniques. Ce type d'apprentissage est en croissance exponentielle depuis l'accroissement des médias, des images télévisées ou disponibles sur internet. Nous imitons sans cesse et de manière subtile notre entourage. Le modèle permet de nous identifier avec ou sans conscience à un groupe avec tous les signes que cela implique.

Trois types de modèles peuvent être utilisés : les modèles réels font vivre au patient le comportement et ses conséquences ; les modèles virtuels sont visionnés dans une séquence filmée. Les conséquences sont également virtuelles ; les modèles symboliques sont représentés par une histoire ou toute expression artistique.

Trois stratégies différentes d'imitation de modèle sont utilisées dans l'approche TCC :

– Le modeling est l'imitation d'un modèle humain vivant ou virtuel. Deux conditions sont nécessaires : le patient doit pouvoir prêter attention au modèle. S'il a, par exemple, trop de médicaments, il aura des difficultés à être suffisamment concentré pour pouvoir le faire. De plus, le patient parvient à imiter plus facilement un modèle auquel il peut s'identifier et avec lequel il a un lien affectif important. Éviter en particulier d'utiliser des modèles trop parfaits avec des patients qui ont une image de soi dépréciée. Il est également plus facile, pour la personne qui imite, de recevoir une explication parallèlement à ce qu'elle observe.

Micheline observe l'ergothérapeute qui demande une information à un guichet. L'ergothérapeute lui explique quelles étaient ses intentions en allant parler à l'employé. Ils reviennent ensemble le lendemain et c'est cette fois Micheline qui fera une demande au guichet. L'ergothérapeute lui rendra compte ensuite de ce qu'elle a trouvé réussi et ce qui doit être entraîné.

– Le façonnement est utilisé pour affiner un comportement que la personne fait encore de manière maladroite ou pour apprendre un nouveau comportement qui doit se faire en suivant une progression. Pour planifier un façonnement, il est nécessaire de définir précisément le comportement final attendu, d'établir les étapes d'apprentissage classées selon un ordre croissant de difficulté. Les premières étapes sont plus faciles. Commencer du point où se trouve la personne et renforcer le comportement le plus proche de celui à acquérir. Respecter strictement l'ordre des approximations, si l'étape suivante est trop difficile, revenir à l'étape précédente. Cette stratégie est appliquée dans toute situation d'entraînement aux compétences psychosociales et également dans l'exposition à des situations anxiogènes :

Micheline a peur de faire un repas : commencer par faire le café à la pause, puis une tarte, puis une soupe, puis une salade, puis une viande, puis deux plats, etc.

– L'enchaînement de comportements consiste à apprendre une succession de comportements simples qui s'enchaînent. Cet aspect est caractéristique de l'habillage, de la toilette, de faire son lit, par exemple. Beaucoup d'activités de la vie quotidiennes sont caractérisées par l'enchaînement de comportements spécifiques.

L'imitation peut avoir un effet vicariant, c'est-à-dire que le modèle est comme un substitut de la personne. Donc, en voyant que lorsque le modèle s'adresse à quelqu'un tout se déroule bien, le patient se sentira moins anxieux lorsqu'il devra lui-même le faire. Dans le cas de l'apprentissage vicariant, la personne s'identifie à son modèle avec tout ce que cela implique de représentations cognitives et d'effet sur ses émotions.

Par exemple, Micheline a peur de faire un cake car elle est certaine qu'il ne lèvera pas. L'ergothérapeute lui propose d'assister à la fabrication d'un cake par une des patientes. Il est probable que lorsqu'elle verra que le cake aura réussi, elle osera s'y lancer elle aussi.

Dans le cas de l'imitation du modèle, la motivation externe est très importante, étant donné que toute l'attention du patient est tournée vers le modèle. Il est par conséquent nécessaire que l'ergothérapeute utilise des méthodes telles que l'expression du feed-back pour que le patient

sache s'il a exécuté sa tâche correctement. L'ergothérapeute pourra également utiliser les capacités de transfert du patient. Par exemple, s'il a appris, par imitation, à gérer la pause de 10 heures, il pourra par la suite assumer d'autres responsabilités, telles qu'organiser le repas de midi. L'apprentissage par modèle est des trois formes d'apprentissage celui qui s'apparente le plus à une situation pédagogique. Il est par conséquent bien adapté à des patients schizophrènes en phase de REHAB.

APPLICATION DU TRAITEMENT ET TECHNIQUES

L'application du traitement se fait au moyen de techniques adaptées à l'ergothérapie en psychiatrie. Les trois formes d'apprentissage thérapeutique (classique, opérant et par modèle) interviennent en plus ou moins grande proportion et à des moments particuliers du processus dans les techniques thérapeutiques que nous allons décrire ci-après.

INDICATIONS : TROUBLES ANXIEUX (PHOBIES)

Les techniques s'appliquent en SA ou REHAB, à l'atelier ou dans la communauté et utilisent les principes et stratégies de l'apprentissage thérapeutique classique.

- Exposition graduée in vivo :
  la personne affronte une succession de situations toujours plus anxiogènes. L'exposition peut passer par des situations en atelier que l'ergothérapeute peut bien préparer et bien contrôler.
- Modeling de participation :
  l'ergothérapeute précède le patient dans la situation, elle lui sert de modèle, puis le guide et le renforce dans son affrontement à la situation.
- La répétition imaginaire :
  la personne répète en imagination l'activité anxiogène avant de la réaliser.
- Le modèle symbolique :
  visionner un film ou lire un roman représentant l'activité redoutée, réalisée sans dommage pour le protagoniste.

INDICATION : TROUBLES DÉPRESSIFS

Les techniques s'appliquent en SA ou REHAB, à l'atelier ou dans la communauté et utilisent les principes et stratégies de l'apprentissage thérapeutique opérant.

La dépression est caractérisée par le sentiment d'impuissance apprise (Seligman, 1975) générée par des situations traumatiques aversives, imprévisibles et incontrôlées ; l'une des conséquences est que le patient renonce à agir, car il est certain qu'il n'arrivera plus à accomplir l'action. Widlöcher (1983) met en évidence le ralentissement moteur et idéatoire (planification de l'action). La dépression pourrait ainsi également affecter le contrôle moteur, en particulier la capacité à planifier l'action motrice. Ses travaux ont une visée biologique et neuromotrice. Ils font l'hypothèse d'un ralentissement de la motricité qui apparaîtrait tant dans les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les syndromes parkinsoniens et les états psychotiques.

Beck (1979) explique que le patient souffre de distorsions cognitives qui se manifestent sous la forme de l'interprétation causale erronée des événements. Beck décrit la triade cognitive dépressive dans laquelle le patient émet des jugements pessimistes sur : soi-même ; les autres ou le monde extérieur ; le futur. En état dépressif, le patient subit des pensées automatiques négatives telles que « je suis incapable, je n'ai aucun soutien, personne ne m'aime, je suis vraiment nulle, etc. ». Comme son nom l'indique, le patient subit ces pensées négatives sans parvenir à les contrôler et parfois même, il ne parvient pas à les identifier. Dans un second temps, la personne déprimée interprète l'événement qu'elle a vécu. Elle fait alors des interprétations erronées ou des erreurs de logiques. La personne a tendance à exagérer les conséquences négatives, à généraliser à outrance. Le déni systématique du positif est un aspect constant des distorsions logiques caractéristiques de la dépression. Un troisième niveau concerne moins l'ergothérapeute, ce sont les schémas dépressiogènes. Les schémas sont des structures profondes réactivées et rigidifiées au moment du traumatisme.

La démarche en ergothérapie consiste à appliquer la technique de la « restructuration cognitive par l'activité » en incitant le patient à agir et progressivement à retrouver du plaisir. L'auto-contrôle est un facteur

important de réussite du traitement. D'autres techniques consistent à découper l'action en étapes courtes et à inciter le patient à ne réaliser qu'une étape à la fois. Afin d'augmenter la probabilité d'apparition de la réponse, l'ergothérapeute encourage le patient à agir uniquement sur les activités qui lui procurent du plaisir. L'attente d'efficacité et du résultat doivent parfois être tempérées car justement l'un des symptômes de la dépression est que les attentes sont trop importantes et, de ce fait, le patient ne parvient pas à initier l'action. Pour lui permettre un meilleur contrôle de cette étape de l'activité, l'ergothérapeute lui proposera de mesurer le développement des attentes d'efficacité et de résultat : les attentes positives du patient ainsi que ses espérances d'efficacité sont renforcées par l'ergothérapeute, en particulier avant d'exécuter une activité. Les attentes positives et les espérances d'efficacité peuvent être facilement mesurées à l'aide d'échelles qui indiqueront la satisfaction et le plaisir (attentes positives) attendus (estimés avant la tâche) et obtenus (estimés après la tâche) et la maîtrise (espérances d'efficacité) attendue (estimée avant la tâche) et obtenue (estimée après la tâche).

INDICATIONS : TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Il s'agit de techniques biosociales du trouble de « personnalité état-limite » proposées par Linehan (1993, traduction, 2000). Elle s'applique en SA, à l'atelier ou dans la communauté et utilise l'apprentissage thérapeutique classique et opérant.

La thérapie comportementale dialectique (TCD) consiste à gérer les contingences et observer les limites et à entraîner les compétences, exposition et modification cognitive, ainsi que les interactions avec l'environnement du patient. La thèse de Linehan est que la personnalité état-limite oscille continuellement entre deux pôles : l'un de vulnérabilité émotionnelle (issue du modèle biopsychosocial) et l'autre d'une invalidation continue de la part de l'environnement ou d'une auto-invalidation. Face à des situations de trauma (inceste, deuil, abandon, abus sexuel), la patiente passe tour à tour de l'évitement des émotions à des explosions de colère, des automutilations ou des dramatisations afin d'être prise en considération par son environnement. Parallèlement, l'entourage a tendance à renforcer des comportements extrêmes. La personne a des pensées et des

ressentis dichotomiques, elle passe du tout ou rien. Elle présente tour à tour une passivité active (tendance à affronter des problèmes passivement, de manière impuissante) ou une compétence apparente.

Les objectifs généraux de la TCD consistent à augmenter les compétences interpersonnelles, les compétences de régulation émotionnelle, les compétences de tolérance à la détresse, les compétences de prise de conscience totale: observer, décrire, participer, être non jugeant, se centrer sur une chose à la fois et être efficace.

La résolution de problème est considérée par Linehan comme une stratégie centrale à la TCD. La première étape consiste à reconnaître le problème à la fois personnellement et ensuite dans la relation thérapeutique. La deuxième étape nécessite que la personne tente de développer une attitude positive face à la recherche de solutions. Enfin, la tentative de générer, d'appliquer et d'évaluer les diverses solutions possibles.

Enfin, Linehan insiste sur la gestion de cas et sur la capacité du thérapeute à intervenir auprès de l'environnement de la patiente. Nous pensons que l'ergothérapeute peut donner à la patiente les moyens d'interagir avec la communauté à chaque fois que des obstacles ou des problèmes de l'environnement interfèrent avec le fonctionnement ou les progrès de la patiente. Celle-ci utilise des stratégies qui lui permettent de consulter son environnement. De son côté, l'ergothérapeute développe des stratégies pour parvenir à maintenir un investissement constant et efficace, à « rester sur les rails » de la thérapie.

INDICATIONS : TROUBLES PSYCHOTIQUES

Ces techniques sont appliquées à des patients schizophrènes en REHAB, à l'atelier ou dans la communauté. Elles s'inspirent des trois apprentissages thérapeutiques.

Un matériel psychoéducatif à l'usage des patientes schizophrènes en phase chronique a été élaboré dès les années 80 par Liberman (1991). Il s'agit de modules standardisés où le patient est mis en condition pour s'entraîner aux compétences psychosociales. Cet entraînement se fait généralement en petits groupes (4 à 6 patients) accompagnés par deux animateurs, durant des séances progressives. Le matériel à disposition est généralement constitué par un manuel pour l'animateur, un manuel

du participant et des enregistrements vidéo où les patients visualisent des scènes à imiter. L'apprentissage se fait selon deux modes : conditionnement opérant et apprentissage par modèle. Ces modules peuvent être commandés sur le site www.club-association.ch/rehab/contenu.htm

Les principales thématiques de ces modules traitent les symptômes négatifs : éducation au traitement neuroleptique, éducation au contrôle des symptômes, compétences élémentaires à la conversation, prise en charge familiale comportementale des patients schizophrènes et évaluation et entraînement à la résolution de problèmes interpersonnels.

Une seconde génération de modules psychoéducatifs insérés dans le programme IPT (Integrierte Psychologischen Therapieprogramms) a été proposé par Brenner au début des années 90 (Pomini et al., 1998). Le programme IPT développe une thérapie psychoéducative et comportementale (incluant la famille), une thérapie cognitive qui vise à diminuer les symptômes positifs, un entraînement cognitif afin d'améliorer le traitement de l'information intrapsychique et un entraînement des compétences sociales. Il est constitué de cinq modules, qui se pratiquent en petits groupes avec deux animateurs. Le patient fait du modeling en imitant l'un des deux animateurs. La complexité des tâches, la charge émotionnelle et les interactions entre participants vont en s'accroissant. Les cinq modules sont la différenciation cognitive, la perception sociale, la communication verbale, les compétences sociales et la résolution de problèmes interpersonnels.

Une troisième génération de ces modules a été adaptée au Canada par Catherine Briand (2004) et diffusée auprès d'une vingtaine de centres d'ergothérapie du Québec. L'équipe de Brenner à l'Université de Berne, de son côté, propose un prolongement des modules IPT, plus intégré à la vie quotidienne, qui concerne tout autant sinon mieux le domaine de l'ergothérapie. Il s'agit du programme WAF (Wohnen, Arbeit, Freizeit) (Roder et al., 2002) qui développe en groupe, en individuel, par des exercices in vivo des compétences telles que l'organisation du temps libre, l'insertion professionnelle, la recherche et l'aménagement d'un logement, la gestion de l'agenda.

ÉVALUATION DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

L'approche TCC est issue d'une démarche scientifique appliquée à la clinique. Cette origine fait que l'évaluation du traitement est un domaine privilégié de cette approche. La place nous manque ici pour développer cette partie qui mériterait à elle seule un chapitre complet. Nous allons brièvement présenter les principales orientations de l'évaluation du traitement.

L'évaluation du processus se fait au moyen d'un diagramme qui décrit l'évolution des objectifs.

Dans l'exemple de Micheline, concernant l'atteinte de l'objectif : « prendre des initiatives dans des activités faciles » (figure 8). Nous prenons en compte la satisfaction attendue (S. A.), la satisfaction effective (S. E.), la maîtrise attendue (M. A.) et la maîtrise effective (M. E.) à six moments de l'évolution du traitement. Ces observations ont été faites par la patiente elle-même.

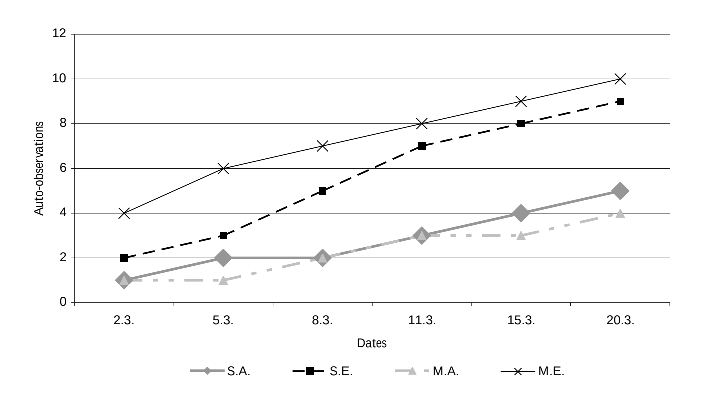


Figure 8 : Évaluation sommative de l'objectif de Micheline : prendre des initiatives dans des activités faciles.

Nous voyons à la figure 8 que Micheline est beaucoup plus négative avant l'activité, lorsqu'elle exprime ses attentes, qu'après avoir fait l'activité lorsqu'elle évalue ce qu'elle a effectivement accompli.

L'approche TCC encourage les patients à utiliser fréquemment des échelles d'auto-évaluation. Elles ont un effet rassurant, car le patient devient ainsi l'expert de ce qu'il ressent ou de la qualité de ce qu'il fait, par exemple, qualité estimée et qualité effective d'un plat cuisiné, quantité d'angoisse, de tristesse, de fatigue ressentie, etc.

Bouvard et Cottraux (1996, 1998) présentent de manière commentée de nombreux questionnaires et échelles répertoriés en fonction des principaux troubles.

Les principales études orientées vers l'Evidence Based Practice concernent le traitement des patients psychotiques chroniques, en particulier l'efficacité des traitements psychoéducatifs tels que ceux de Liberman, le programme IPT et le WAF. Plusieurs méta-analyses ont été présentées sur la question (Benton, Schroeder, 1990). Plusieurs études ont également confirmé l'efficacité des traitements de la restructuration cognitive de Beck (1979). La plupart des études figurent dans les revues spécialisées que nous présentons à la fin de ce chapitre.

La principale contre-indication concerne les patients ne pouvant pas ou peu collaborer à la démarche thérapeutique (décompensation aiguë, dégénérescence neuropsychologique ou pschotique).

Indiquée pour des personnes partiellement ou totalement compensées présentant des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles psychotiques, des troubles de la personnalité, des troubles alimentaires, des co-dépendances et des doubles diagnostics.

ÉVOLUTIONS DU MODÈLE

L'approche TCC est bien adaptée pour des patients jeunes ayant encore une certaine plasticité des structures cognitives et psychosociales (phases 2 et 3). Cette population peut également bien s'identifier à une démarche d'apprentissage. Elle est également bien adaptée pour des patients pouvant bénéficier de structures réhabilitatives étant donné son caractère éducatif. Elle est conseillée pour des personnes d'origine européenne ou anglo-saxonne dans la mesure où elle est adaptée à ces cultures ayant vécu les étapes d'un développement occidental et ayant des valeurs post-industrielles.

Neurosciences et psychiatrie tentent toujours plus de se rapprocher. Plusieurs auteurs travaillent sur les reconnaissances des zones du cortex impliquées lors d'activités telles que la reconnaissance du mouvement, du corps propre ou de l'autre dans des troubles graves tels que les psychoses (Merlo, Perris et Brenner, 2002).

Toujours plus de recherches montrent que le contrôle moteur et la capacité de production du mouvement et de l'action (aires motrices et

somato-sensorielles, cortex cingulaire et l'insula) sont systématiquement articulés avec le cerveau archaïque (les ganglions de la base, les amygdales, le thalamus, l'hypothalamus, les noyaux du tronc cérébral) et dans le tronc cérébral, le centre de la mémoire (de travail, autobiographique, conventionnelle, etc.) et de la gestion des émotions. L'articulation de l'un et l'autre niveau est rendue plus difficile dans les troubles du comportement.

L'activité, qui est une action orientée vers un but explicite et complexe, oblige à des régulations neuropsychologiques importantes (domaine du contrôle moteur). Elle est freinée ou trop stimulée ou détournée de son but par des pensées et des émotions dysfonctionnelles (domaine de la psychiatrie). La production de l'activité est à la fois au centre de la pratique ergothérapeutique et semble justifier une approche TCC dans la mesure où les constituants de l'activité sont analysés et articulés en collaboration avec le patient.

Deux évolutions futures semblent se dessiner :

– D'une part, articuler les compétences neurocognitives et psychosociales. Nous formons l'hypothèse qu'il y a des articulations importantes à développer entre ces deux types de compétences et que l'ergothérapeute devra toujours plus travailler de manière intégrée (perceptivo-moteur, neurocognitif et psychosocial).
– D'autre part, identifier les constituants problématiques de l'activité et les articuler avec la problématique du patient, dans le processus thérapeutique temporel (clarifier l'articulation entre les SA et la REHAB), dans le processus interdisciplinaire (transmission de l'information à la fois horizontale – équipe thérapeutique – et verticale – succession des ergothérapeutes) et dans le processus personnel de la personne (prise en compte du projet personnel).

Deux remarques conclusives : les techniques ci-dessus ont été présentées rapidement et de manière succincte, ce qui laisse présager une facilité d'application. Ceci n'est pas le cas. Nous encourageons vivement les futurs ergothérapeutes ainsi que les professionnelles expérimentées à lire les références citées et à suivre des cours de perfectionnement dans ce domaine, afin de se sensibiliser concrètement aux applications proposées.

Enfin, une tendance actuelle de l'ergothérapie indique que les approches cognitives sont valorisées (Katz, 1998). Nous pensons que le domaine de l'ergothérapie exige le couplage indissociable entre action ou comportement et pensée ou cognition. Si cela n'était pas, le comportement et l'activité qui en est son corollaire deviendrait rapidement un concept abstrait et vidé de son sens d'action thérapeutique et de réalisation personnelle.

BIBLIOGRAPHIE

AOTA (2002), «Occupational therapy practice framework: Domain and process.» AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 56, 609-639.

AYLLON, T. & AZRIN, N. (1973), TRAITEMENT COMPORTEMENTAL EN INSTITUTION PSYCHIATRIQUE. Bruxelles: Dessart.

AUTOUR DE L'ŒUVRE D'**ALBERT BANDURA.** In SAVOIR, REVUE INTERNATIONALE DE RECHERCHES EN ÉDUCATION ET FORMATION DES ADULTES. Hors-série (2004).

BANDURA, A. (2004), AUTO-EFFICACITÉ: LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE. Bruxelles: De Boeck.

BANDURA, A. (1976), SOCIAL LEARNING THEORY. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.

BANDURA, A. (1969), PRINCIPLES OF BEHAVIOR MODIFICATION. Winston: Holt, Rinehart.

BECK, A. T. (1979), COGNITIVE THERAPY OF DEPRESSION. New York: Guilford Press.

BENTON, AL. & SCHROEDER, H. E. (1990), «Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation». JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 58, 741-747.

BOUVARD, M. & COTTRAUX, J. (1996,1998), PROTOCOLES ET ÉCHELLES D'ÉVALUATION EN PSYCHIATRIE ET EN PSYCHOLOGIE. Paris : Masson.

BRIAND, C., BÉLANGER, R., HAMEL, V., NICOLE, L., STIP, E., REINHARZ, D., LALONDE, P., LESAGE, A. (2004), IMPLANTATION MULTISITE DU PROGRAMME « INTEGRATED PSYCHOLOGICAL TREATMENT (IPT) » POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE SCHIZOPHRÉNIE : ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PARTICIPANTS ET DES INTERVENANTS ET DÉVELOPPEMENT D'UNE VERSION RENOUVELÉE. Santé Mentale au Québec.

COTTRAUX, J. (1990, 1998), LES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES. Paris : Masson.

CUNGI, C. (2001), FAIRE FACE À LA DÉPRESSION. Paris : Retz.

DAMASIO, A. R. (1999), LE SENTIMENT MÊME DE SOI. Paris : Odile Jacob.

DROZ, R., RICHELLE, M. ET AL. (1976), MANUEL DE PSYCHOLOGIE. Bruxelles : Mardaga.

EYSENCK H. J. (1952), « The effect of psychotherapy : an evaluation. » JOURNAL OF CONSULTING PSYCHOLOGY, 16, 319-324.

FAVROD, J. & SCHEDER, D. (2004), « Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention ». REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE, 124, 205-208.

KATZ, N. (1998), COGNITION AND OCCUPATION IN REHABILITATION. Bethesda : AOTA.

LIBERMAN, R. P. (1991), RÉHABILITATION PSYCHIATRIQUE DES MALADES MENTAUX CHRONIQUES. Paris : Masson.

LINEHAN, M. M. (1993, 2000, trad.), TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ ÉTAT-LIMITE. Genève : Médecine et Hygiène.

MONTREUIL, N. & MAGEROTTE, G. (1994), PRATIQUE DE L'INTERVENTION INDIVIDUALISÉE. Bruxelles : De Boeck.

PAVLOV, I. P. (1929), CONDITIONED REFLEXES (trad. G. V. Anrep), Londres, Oxford : University Press.

PERREZ, M. & BAUMANN, U. (1998), «Psychotherapie : Systematik». In U. Baumann et M. Perrez (Eds), LEHRBUCH KLINISCHE PSYCHOLOGIE-PSYCHOTHERRAPIE. Bern : Hans Huber, 392-415.

POMINI, V., NEIS, L., BRENNER, H. D., HODEL, B., RODER, V. (1998), THÉRAPIE PSYCHOLOGIQUE DES SCHIZOPHRÉNIES. Neuchâtel : Mardaga.

PROCHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. C. (1986), « Toward a comprehensive model of change ». In W. R. Miller & N. Heather (Eds), TREATING ADDICTIVE BEHAVIORS : PROCESS OF CHANGE. New York : Plenum, 3-27.

RODER, V., ZORN, P., ANDRES, K., PFAMMATTER, M., BRENNER, H. D. (2002), PRAXISHANDBUCH ZUR VERHALTENSTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG SCHIZOPHREN ERKRANKTER. Bern : Hans Huber.

SKINNER, B. F. (1936, 1972, trad.), PAR-DELÀ LA LIBERTÉ ET LA DIGNITÉ. Paris : Laffont.

TEMPIER, R. & FAVROD, J. (2002), « Réhabilitation psychiatrique en milieu francophone : pratiques actuelles, défis futurs. » CAN J PSYCHIATRY, 47 (7), 621-627.

THORNDIKE, I. E. (1911), ANIMAL INTELLIGENCE, EXPERIMENTAL STUDIES. New York : Mc Millan.

WIDLÖCHER, D. (1983), LE RALENTISSEMENT DÉPRESSIF. Paris : PUF.

WYKES, T. & BRAMMER, M. (2002), « Effects on the brain of psychological treatment : cognitive remediation therapy ». THE BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 181, 14-52.

Journaux spécialisés en TCC (par ordre alphabétique) :

BEHAVIOR THERAPY, New York : Association of Advancement of Behavior Therapy, 1970.

BEHAVIOR RESEARCH AND THERAPY, Oxford, New York : Pergamon Press, 1963.

COGNITIVE THERAPY AND RESEARCH, New York, London : Kluwer Academic Plenum Press, 1977.

JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY, Oxford, New York : Pergamon Press, 1970.

JOURNAL DE THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE, revue de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive, Paris : Masson, 1991.

REVUE FRANCOPHONE DE CLINIQUE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE, revue de l'Association francophone de thérapie comportementale et cognitive, Liège.

SCIENCE ET COMPORTEMENT (Canada).

CHAPITRE III

LE MODÈLE DE L'OCCUPATION HUMAINE (MOH)

RENÉ BÉLANGER, CATHERINE BRIAND, STÉPHANE RIVARD

En plus des auteurs qui ont rédigé le chapitre sur le Modèle de l'occupation humaine (MOH), quelques personnes ont également collaboré à sa réalisation. Nos remerciements s'adressent particulièrement à Michael O'Malley, qui a fait preuve de beaucoup de patience et nous a soutenus tout au long de ce projet. Il nous a conseillés sur la traduction de termes plus spécifiques au vocabulaire de ce modèle. Frédéric Sirois, qui a adapté sur ordinateur les tableaux et les figures de ce chapitre. Gary Kielhofner, concepteur du modèle et ami, pour ses conseils sur l'adaptation des concepts théoriques au sein d'un seul chapitre. Francine Bélanger pour son excellent travail de réviseur. Mona McEniry, ma collègue de toujours, pour ses réponses aux questionnements sur les concepts du modèle et ses corrections. Et finalement Chantale Marcoux, responsable du centre de référence francophone du Modèle de l'occupation humaine, pour son leadership qui a inspiré une motivation sans précédent chez les ergothérapeutes québécois afin de favoriser l'implantation du modèle dans les différents milieux cliniques.

INTRODUCTION

Le Modèle de l'occupation humaine (MOH) s'intéresse à la signification des activités chez l'être humain (Meyer, 1997). En 1975, Gary Kielhofner a élaboré les bases du Modèle de l'occupation humaine sous la direction de Mary Reilly (Bruce et al., 2002). Les travaux de Gary Kielhofner s'appuient fortement sur les idées de cette pionnière qui a développé le paradigme du comportement occupationnel (Reilly, 1971). Ce cadre de référence invitait les ergothérapeutes à ramener les propriétés thérapeutiques de l'activité au centre de leurs interventions afin d'améliorer le processus d'adaptation des patients et de leur permettre une meilleure qualité de vie. Encore aujourd'hui, le développement de la plupart des théories et des modèles de pratique orientés vers l'occupation puisent leurs racines dans ce paradigme du comportement occupationnel (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 47).

La première publication du Modèle de l'occupation humaine a vu le jour en 1980 dans l'*American Journal of Occupational Therapy* (Hagerdon, 2001, p. 142). Depuis ce premier ouvrage, Gary Kielhofner a travaillé à l'amélioration de ce modèle avec un leadership sans précédent. Le premier livre dédié entièrement au Modèle de l'occupation humaine a été publié en 1985. Dans une deuxième version, parue en 1995, il a remanié plusieurs concepts en adoptant une vision plus contemporaine des théories qui expliquent la dynamique du modèle et du fonctionnement humain. Une dernière publication a vu le jour en 2002, caractérisée par la clarté des articulations théoriques du modèle mais également par l'ajout de nombreux exemples illustrant l'application d'outils spécifiques au modèle dans des secteurs d'intervention très diversifiés. Ce texte constitue la référence première pour les ergothérapeutes qui souhaitent implanter le MOH à leur pratique clinique (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 47).

Le Modèle de l'occupation humaine est l'un des modèles de référence les plus cités par les ergothérapeutes. Au cours des vingt-cinq dernières années, il a généré un nombre important d'écrits et de projets de recherche à travers les quatre coins du monde disposant ainsi d'une visibilité inégalée. La recension des principaux écrits se retrouve sur le site internet du modèle, à l'adresse suivante :

http://www.moho.uic.edu/referencelists.html

Le but premier du Modèle de l'occupation humaine visait à obtenir une compréhension plus approfondie de la nature de l'occupation humaine et à définir son rôle à travers le continuum: santé vs maladie (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 47). Selon ces mêmes auteurs, la contribution principale du MOH a surtout permis de synthétiser la variété des comportements occupationnels humains dans un ensemble cohérent. Ce cadre fonctionnel sert de guide aux cliniciens dans la pratique clinique de tous les jours. Ce désir de maintenir et de renforcer les liens entre les concepts théoriques et la pratique clinique ont été les motivations premières des travaux de Kielhofner (Forsyth et Kielhofner, 2004, p. 46).

L'objet de ce chapitre vise, en un premier temps, à vous présenter les différents éléments qui composent le Modèle de l'occupation humaine MOH et sa dynamique de fonctionnement. Par la suite, le processus d'application clinique et les outils d'évaluation associés à ce modèle seront détaillés. Finalement, une vignette clinique viendra illustrer l'application de ce modèle pour la clientèle en psychiatrie adulte.

CADRE GÉNÉRAL DU MOH

Selon Kielhofner (2002), un modèle conceptuel de pratique réunit un ensemble de concepts et d'arguments théoriques à l'intérieur d'un cadre précis et les associe à des outils cliniques pour guider la pratique de la profession. Ce modèle doit conserver un lien continu avec la recherche pour valider son efficacité et assurer son adaptation selon l'évolution des concepts théoriques et pratiques de la profession.

Le MOH puise ses références au sein de domaines aussi variés que la psychologie humaine et sociale, l'anthropologie, la sociologie, la philosophie, la théorie des systèmes et les concepts de base de l'ergothérapie pour expliquer la contribution des différents facteurs qui génèrent l'action humaine (Kielhofner, 2004).

Le modèle de l'occupation humaine se distingue des autres modèles en offrant une vision détaillée et intégrative de la personne à travers l'occupation. Les trois composantes de base impliquées dans l'occupation humaine et qui réfèrent aux racines de la profession sont: la personne, l'occupation dans laquelle elle s'engage et l'environnement spécifique de cette personne (Hagerdorn, 2001, p. 129). L'interaction entre ces trois

éléments évolue et change tout au long de notre vie. La résultante de cette dynamique représente le rendement occupationnel (de l'anglais «*occupational performance*») et son adaptation au fil du temps (Bruce et al., 2002; AOTA, 2002; Hagerdorn, 2001; Kielhofner, 2004, 2002).

PRINCIPES DE BASE

L'occupation humaine demeure le concept central du modèle développé par Gary Kielhofner (Kielhofner, 2004, 2002, 1995). L'occupation humaine se définit comme la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique (Kielhofner, 2002, p. 8). De cette définition, il faut retenir les éléments suivants: la motivation à participer aux activités, l'organisation de ces activités sous forme de routine, l'environnement et l'espace-temps dans lequel elles se déroulent et, finalement, le rendement souhaité (de l'anglais: «*performance*»). Ces quatre éléments représentent la nature occupationnelle de l'être humain dans la réponse à ses différents besoins. Kielhofner (2002, p. 13) précise qu'antérieurement la contribution de ces concepts, «rendement-motivation», «corps-esprit», n'était pas typiquement considérée au sein d'un même cadre théorique pour expliquer le fonctionnement humain. Il a alors développé une taxonomie qui s'articule autour des éléments centraux de cette définition. Ce sont les composantes structurelles du Modèle de l'occupation humaine: volition, habituation, capacité de rendement (voir leur définition à la section suivante).

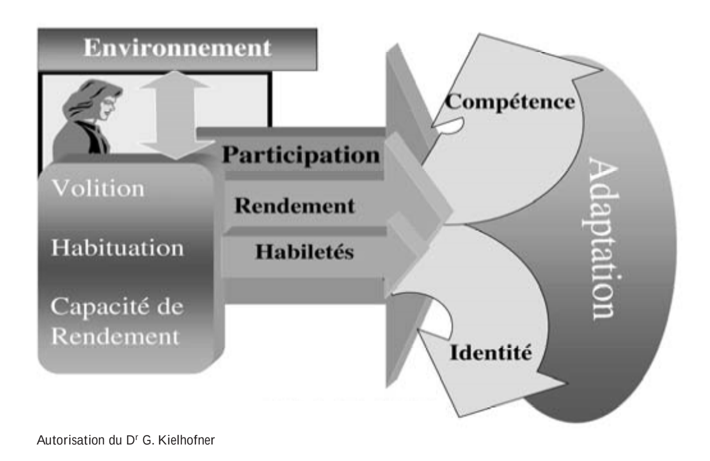
Kielhofner précise que la notion d'occupation chez les humains est complexe. Elle renferme un large éventail de possibilités d'actions qui peuvent se produire à différents moments, dans des espaces physiques variés et des contextes sociaux culturels tout aussi différents (Kielhofner, 2002, p. 2). Les échanges constants entre l'ensemble de nos occupations et l'influence des composantes de l'environnement donnent un caractère unique aux actions de chaque personne. Elles livrent également de l'information sur la motivation des personnes à se réaliser dans le quotidien. En résumé, le Modèle de l'occupation humaine permet une analyse du rendement de la personne et de son adaptation lors de la réalisation de ses occupations, à travers différents environnements (Kielhofner, 2002).

Le MOH s'adresse à toute personne qui rencontre un problème dans la réalisation de ses occupations, peu importe le stade de sa vie. Il couvre tout le continuum de services en réadaptation fonctionnelle, allant de la prévention jusqu'aux interventions en soins de longue durée, et ce sans oublier les soins aigus.

COMPOSANTES STRUCTURELLES

Le Modèle de l'occupation humaine conceptualise l'être humain en trois composantes: la volition, l'habituation et la capacité à fournir un rendement (de l'anglais: «*performance capacity*») (figure 9).

Ces éléments sont en interaction entre eux et avec l'environnement. Cette structure constitue le squelette fondamental sur lequel s'articule la dynamique du modèle à travers les occupations (Kielhofner, 2004, 2002, 1995).



Autorisation du Dr G. Kielhofner

Figure 9: Composantes du MOH[11].

11 Source: G. Kielhofner, *Model Of Human Occupation, third Edition*, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2002, Fig. 8-5, p. 121.

La volition

La volition, première de ces composantes, représente la motivation d'une personne à agir activement sur son environnement. Ce concept fait référence à notre nature biologique qui nous pousse constamment à explorer notre milieu (Bruce et al., 2002). Il illustre le besoin inné, pour chaque personne, d'être son propre acteur (Kielhofner, 2002). La volition reflète l'organisation de nos pensées et de nos sentiments personnels, générée et soutenue par nos expériences. La volition se construit donc par la répétition de nos expériences, qu'elles soient positives ou négatives. La volition s'exprime à travers un processus par lequel la personne anticipe, choisit, expérimente et interprète ses comportements (ce qu'elle fait). Ces nombreux cycles se produisent de façon continue et ils permettent à la personne de faire des choix occupationnels précis, basés à la fois sur l'expérience et sur la motivation. Kielhofner (2002) explique que ce sont les choix occupationnels positifs qui génèrent le changement et assurent l'évolution de nos actions. En résumé, la volition est le concept qui tente de répondre à trois questions au sujet de nos pensées et nos sentiments : Suis-je apte à réaliser cette occupation ; a-t-elle une valeur pour moi et est-ce que j'aime cela ?

Kielhofner (2002, 1995) a défini trois sous-composantes de la volition pour répondre à ces questions : les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts. Les déterminants personnels s'attardent à la perception d'une personne au sujet de son efficacité et de sa capacité à performer. En d'autres termes, ce que la personne pense et connaît au sujet de son efficacité et de ses capacités. Les valeurs englobent les éléments importants et significatifs pour cette personne. Et finalement, les intérêts comprennent tout ce que la personne trouve agréable et satisfaisant à réaliser et qui rend certaines occupations plus attirantes que d'autres. En somme, les déterminants personnels, les valeurs et les intérêts sont les concepts qui décrivent l'éventail des pensées et des sentiments de la personne envers ses actions passées, présentes et futures (Kielhofner, 2002, p. 15). Ils sont interdépendants et regroupés sous la composante volition. Il est important de réaliser que la volition n'est pas une entité isolée. Sa construction provient des interactions continues entre toutes les composantes du modèle et l'environnement dans lequel se retrouve la personne (voir dynamique du modèle à la section suivante de ce chapitre).

L'habituation

Le second élément structurel, l'habituation, s'intéresse à l'organisation et à l'intériorisation de nos actions sous la forme de comportements semi-automatiques. Ces automatismes s'expriment par les habitudes et les rôles. L'habituation se forme par la répétition de comportements qui deviennent des routines familières selon les différents contextes physiques, socioculturels et temporels de l'environnement dans lesquels nous évoluons (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 54). Ce sont les meilleures stratégies que nous ayons développées pour nous permettre de conjuguer avec les cycles familiers de notre quotidien et nous adapter rapidement aux différentes caractéristiques de nos habitats, sans dépenser trop d'énergie (Kielhofner, 2004). Nos choix volitionnels guident la sélection de ces routines automatiques. Ils nous poussent à répéter ces actions afin de les rendre familières et de les faire siennes. De cette façon, nous pouvons réaliser nos occupations coutumières sans nous attarder au processus réflectif sous-jacent. Cela évite de surcharger notre pensée et libère la conscience pour nous permettre d'investir de nouvelles situations qui sollicitent toute notre attention pour être maîtrisées. À titre d'exemple, nous conduisons notre voiture par automatisme et de façon routinière pour nous rendre au boulot. À ce moment, nous n'avons pas à penser à toutes nos actions. Nous pouvons simultanément conduire, trouver notre direction, planifier notre horaire de la journée, le prochain dîner, et porter attention au bulletin d'informations à la radio, sans surcharger notre pensée. Par contre, lorsque nous voulons (volition) apprendre une tâche nouvelle, par exemple patiner sur la glace, notre pensée devient totalement centrée sur l'intégration des habiletés nécessaires et sur la répétition de nos actions afin de les rendre familières, routinières et automatiques.

L'habituation se partage en deux sections, les habitudes et les rôles. Les habitudes comprennent les comportements et les réponses automatiques que nous développons lorsque nous sommes en présence de situations connues ou d'environnements familiers (Kielhofner, 2002, p. 21). Les deux conditions essentielles pour développer les habitudes consistent à répéter suffisamment ces actions et à conserver un environnement constant. Les habitudes permettent de répondre aux cycles répétitifs et

familiers de nos journées, semaines, mois et saisons. Les rôles, deuxième section de l'habituation, regroupent plusieurs habitudes apprises et intégrées (parents, frère, sœur, amis, travailleurs…), sous l'influence d'un contexte social particulier. Ces comportements clairement reconnus et identifiés par la culture du milieu reflètent les attentes des membres du groupe. Ces rôles s'acquièrent à travers le processus de socialisation et ils procurent à l'individu un statut social et personnel au sein de sa communauté (Kielhofner, 2002). En anglais, l'intégration des comportements relatifs à un rôle se nomme « *internalized role* ».

Le concept « habituation » rappelle la place prépondérante donnée par ce modèle aux diverses influences de l'environnement. En résumé, l'habituation implique une transaction continue entre les habitudes et les rôles intégrés. Ils se sont construits par la répétition d'une série d'événements et par les influences des facteurs externes (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 55).

La capacité de rendement

Finalement, la capacité de rendement représente le troisième élément de la conceptualisation de l'être humain, selon le MOH. La notion de rendement s'adresse ici à la capacité de la personne à réaliser ce qu'elle veut faire grâce au support de ses structures sous-jacentes. Ces structures comprennent l'ensemble des composantes objectives (physiques et mentales) de la personne, en association avec l'expérience subjective (vécue) correspondante. La nécessité de considérer les composantes objectives et subjectives de la personne pour situer la capacité de rendement correspond entièrement à la philosophie de l'ergothérapie. Ces structures physiques et mentales (ex. : système musculaire, système neurologique, mémoire, flexibilité mentale, résolution de problèmes…) influencent notre rendement et soutiennent la réalisation de nos actions (Kielhofner, 2002). Kielhofner précise qu'une quantité de modèles conceptuels ont déjà détaillé les composantes physiques et mentales objectives du rendement (Kielhofner, 2004 ; Forsyth et Kielhofner, 2003 ; Hagerdorn, 2001). C'est pourquoi le Modèle de l'occupation humaine ne s'attarde pas à les définir. Par conséquent, les ergothérapeutes qui utilisent le Modèle de l'occupation humaine et qui ont besoin de mieux comprendre les composantes

objectives du rendement de leurs patients devront référer à d'autres modèles de référence de type: biomécanique, perceptivo-cognitif, intégration sensorielle, neurodéveloppemental, etc. (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 57).

Kielhofner (2004, 2002) propose plutôt une approche théorique novatrice et complémentaire pour aborder la capacité de rendement. Il suggère plutôt aux ergothérapeutes d'analyser les répercussions (positives ou négatives) de l'expérience subjective de la personne sur son rendement lors de ses occupations. Plusieurs ergothérapeutes ont déjà rencontré des patients dont le rendement demeurait diminué malgré une bonne mesure des composantes objectives. Kielhofner avance que lors de ces situations, l'expérience subjective de la personne devient le facteur perturbateur du rendement.

Pour Kielhofner (2002), l'association de la perception subjective avec la mesure objective du rendement présente un avantage indéniable. Cette vision contemporaine de la notion de rendement rappelle que la dualité « corps et esprit » est interdépendante et unifiée à travers l'expression d'une seule et même entité: l'organisme vivant (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 57). Kielhofner (2002, p. 97), appelle ce concept théorique: le corps vécu (l'expérience subjective du corps). C'est la réponse individualisée de notre corps au sujet des expériences que nous vivons et de la connaissance du monde qui en résultera (Kielhofner, 2004). L'argument fondamental de ce concept théorique allègue que pour atteindre un niveau de rendement, une personne doit d'abord situer ce qu'elle ressent par rapport à celui-ci (Kielhofner, 2004. p. 150). Ainsi, le rendement d'une personne est guidé par ce qu'elle ressent (corps vécu) à l'idée de s'engager dans cette occupation et par la façon dont ce « senti » s'imprégnera à son corps. Le corps ne fait pas que répondre à notre esprit comme un instrument (objet), il devient un sujet actif qui informe l'esprit afin d'harmoniser les rendements et d'assurer la maîtrise de ce corps dans un environnement donné. L'exemple suivant illustre ces concepts de composantes objectives et subjectives du rendement. La mesure des composantes objectives de la main accidentée d'une personne apporte un point de vue extérieur sur les fonctions perturbées telles: la contraction des muscles, la force et l'amplitude articulaire, la perte de sensibilité, etc. Cette analyse nous renseigne sur les forces et les limites objectives des structures

lors de l'action : « atteindre un crayon pour laisser un message à quelqu'un ». Par contre, l'analyse subjective du rendement de cette personne s'attardera aux expériences senties par cette personne et à ses intentions envers la main perturbée qui souhaite prendre le crayon mais ne pas montrer sa main. Entre autres, les aspects considérés seront : la perception de cette personne en ce qui a trait au toucher, aux contacts physiques avec les autres, à sa compréhension de la situation, au sentiment de lourdeur, à la perte de contrôle dans sa vie en raison d'une amplitude articulaire fortement diminuée, à son désir de cacher cette main différente qui ne fait plus corps avec elle et à son intention de ne plus l'utiliser, etc. Tous ces aspects subjectifs du vécu de cette personne auront un effet négatif majeur sur son rendement s'ils ne sont pas considérés dans le processus de réadaptation. En résumé, la troisième composante structurelle du MOH, la capacité de rendement, insiste sur la nécessité d'examiner les composantes objectives physiques et mentales de la personne en correspondance avec l'expérience subjective du corps : le corps vécu. En portant une attention spéciale aux expériences subjective vécues par la personne, les ergothérapeutes s'offrent une voie supplémentaire pour mieux comprendre la notion de rendement de leurs patients (Kielhofner, 2002, p. 97).

Bilan sur les trois composantes du MOH

Kielhofner (2002) pense que nous ne pouvons pas analyser convenablement l'occupation humaine d'une personne, sans référer à la contribution des trois composantes structurelles proposées par le Modèle de l'occupation humaine : la volition, l'habituation et la capacité de fournir un rendement. Il insiste également sur l'interdépendance et l'intégration de ces trois composantes de base au sein de la personne. Ces éléments forment un tout cohérent et unifié (Kielhofner, 2004, 2002). Il surenchérit en ajoutant que ces composantes structurelles sont indissociables de l'environnement dans lequel elles évoluent (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 58) (figure 9).

L'ENVIRONNEMENT

Le Modèle de l'occupation humaine conçoit l'environnement en termes d'opportunités, de ressources, de demandes et de contraintes (Kielhofner,

2004, p. 150). L'influence de l'environnement dépendra de la volition, de l'habituation et de la capacité de rendement de cette personne (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 58). La résultante des interactions entre ces quatre éléments sera donc unique. Ainsi, l'analyse des diverses influences de l'environnement devient un incontournable pour bien comprendre le fonctionnement occupationnel de la personne. Kielhofner (2002, p. 103) précise que le but premier de cette analyse vise davantage à comprendre la dynamique des interactions entre l'environnement et les trois composantes de l'individu plutôt que de situer les différentes caractéristiques physiques et sociales de cet environnement. Il nomme ces échanges avec l'environnement : effet environnemental (de l'anglais : «*environmental impact*») (Kielhofner, 2004, 2002).

Selon Kielhofner (2004, 2002), l'environnement comporte deux entités interdépendantes : l'environnement physique et l'environnement social. L'environnement physique inclut les objets et les espaces physiques qui nous entourent. Ils peuvent provenir de la nature ou être fabriqués par l'homme (Forsyth et Kielhofner, 2003). L'environnement social réunit les groupes d'appartenance de cette personne, incluant leurs conventions spécifiques appelées formes occupationnelles. Les formes occupationnelles sont des séquences d'actions orientées vers un but. Elles se caractérisent par des normes précises, culturellement reconnaissables, et nommées par les membres du groupe (ex. : la façon de se vêtir, les types de loisirs, la pratique de l'ergothérapie, etc.) (Forsyth et Kielhofner, 2003). Ces formes s'expriment dans un environnement physique défini et elles génèrent des rôles qui doivent correspondre aux normes et aux attentes définies par ce groupe.

En somme, l'occupation humaine se déroule dans un espace physique précis. Elle implique des interactions avec différents objets et certains groupes sociaux définis. Ces groupes ont des conventions culturellement reconnues et clairement identifiées par tous ses membres : les formes occupationnelles. L'analyse des effets de l'environnement doit prioritairement tenir compte de la dynamique de ces interactions et des différents contextes environnementaux dans lesquels l'individu se retrouve (ex. : la maison, les voisins, le travail, les amis, les loisirs, la garderie, etc.). Cette dynamique transformera la volition, l'habituation et la capacité de rendement de la personne produisant, comme résultante, des caractéristiques uniques et différentes pour chaque individu.

En résumé, cette section «cadre général» vous a présenté les éléments structurels d'une personne en lien avec l'environnement, selon la vision du Modèle de l'occupation humaine. Ce cadre de référence permet une analyse complète du fonctionnement de la personne lors de la réalisation de ses occupations. Le modèle cherche à répondre aux trois questions fondamentales suivantes: Comment la personne se motive-t-elle à agir, comment organise-t-elle sa routine et quel est son rendement lors de la réalisation de ses occupations? (Kielhofner, 2002, p. 13). La prochaine section de ce chapitre portera sur les règles qui régissent les interactions entre les trois éléments structurels de la personne (volition, habituation, capacité de rendement) et l'environnement.

AXES PRINCIPAUX DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

DYNAMIQUE DU MODÈLE DE L'OCCUPATION HUMAINE

Kielhofner s'appuie sur la théorie contemporaine des systèmes pour illustrer la dynamique qui s'établit entre les composantes du MOH lors du déroulement des occupations (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 48). Il considère que la personne se transforme au fil des interactions avec l'environnement et selon l'interprétation de ses expériences (Kielhofner, 2004). Cette vision de l'être humain s'éloigne de la théorie mécaniste qui compare la personne à une machine sophistiquée (moteur, horloge, robot). Ces machines fonctionnent selon une hiérarchie de commande linéaire et elles ne peuvent se transformer selon leurs expériences. Kielhofner (2002) critique les limites de ce raisonnement qui ne tient pas compte de la complexité du fonctionnement humain. Il a donc adopté les assises de la théorie des systèmes qui illustrent mieux la dynamique complexe de l'occupation humaine. Les concepts d'émergence et d'hétérarchie guident son raisonnement et lui ont permis de dégager deux grands principes qui régissent le fonctionnement et l'organisation des occupations selon le MOH (Kielhofner, 2004, p. 151).

Premièrement, les occupations ont un caractère dynamique et elles sont dépendantes de leur contexte. Cet énoncé rappelle que les trois composantes de la personne (volition, habituation, capacité de rendement)

et les conditions de l'environnement œuvrent toujours en interdépendance. Elles créent la dynamique favorable à l'émergence de nos pensées, de nos émotions et de nos comportements (Kielhofner, 2002, p. 39). Toute modification à l'une des structures de ce modèle aura une incidence sur les autres. En résumé, ce que la personne pense, ressent et réalise provient de la résultante de cette synergie. Le second fondement avance que les gens se définissent à partir de leurs actions (Kielhofner, 2004). C'est à travers la répétition de nos actions que nous maintenons la régulation et l'organisation de notre corps et de nos pensées. En d'autres mots, c'est en pratiquant une activité que l'on développe et maintient la capacité à la réaliser (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 48). Somme toute, ces deux fondements occupent une place centrale dans la représentation de la dynamique du modèle mais ils ont également une influence capitale sur les principes qui régissent l'intervention thérapeutique et le processus de changement de la personne selon la vision du Modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002).

LES DIMENSIONS DE L'AGIR

En accord avec les fondements précédents qui régissent la synergie des composantes du modèle et de l'environnement, Kielhofner (2004, 2002) a classifié, selon trois niveaux, les différentes formes d'expression que prend cette synergie lorsque nous accomplissons nos occupations (Forsyth et Kielhofner, 2003). Ces dimensions de l'agir se mesurent, selon une échelle décroissante, entre la participation occupationnelle, le rendement occupationnel et les habiletés occupationnelles. En plus de classifier en trois catégories la façon dont la personne réalise ses activités, les dimensions de l'agir vont façonner, au fil du temps, son adaptation dans les occupations. La figure 9 représente l'ensemble de la dynamique du Modèle de l'occupation humaine. Elle illustre les interconnexions mutuelles entre la volition, l'habituation, la capacité de rendement et l'environnement. Les effets de ces interactions vont mettre en œuvre les trois dimensions de l'agir afin de générer, en finalité, l'adaptation occupationnelle de la personne (Kielhofner, 2004, p. 153). Le tableau 4 illustre les trois dimensions de l'agir à partir d'exemples concrets.

La définition de la participation occupationnelle, catégorie la plus large des dimensions de l'agir, correspond entièrement à celle de

l'Organisation mondiale de la santé et de l'Association américaine des ergothérapeutes (OMS, 2001, p. 14; AJOT, 2002, p. 632). Elle réfère à l'engagement de la personne dans son travail, ses loisirs et ses activités de la vie quotidienne et elle se déroule toujours dans un contexte socioculturel spécifique (Kielhofner, 2002). Cet engagement occupationnel sous-entend que nous donnons à nos actions une signification personnelle et sociale. Kielhofner (2004) ajoute que l'implication dans ses actions doit être désirée ou nécessaire pour le bien-être de la personne (ex.: travailler comme ergothérapeute, recevoir des amis, nettoyer son appartement, etc.). Il rappelle également que la participation inclut à la fois la dimension objective mais également l'expérience subjective de la personne.

Le rendement occupationnel, deuxième volet des dimensions de l'agir, s'intéresse à l'ensemble des formes occupationnelles qui soutiennent la participation occupationnelle (Forsyth et Kielhofner, 2003). Rappelons que les formes occupationnelles sont des séquences d'actions orientées vers un but, caractérisées par des normes précises, culturellement reconnaissables, et connues de tous les membres du groupe. À titre d'exemple, la participation occupationnelle « travailler comme ergothérapeute » implique la réalisation de différentes formes occupationnelles telles: distinguer les éléments essentiels du dossier du patient, sélectionner parmi d'autres l'évaluation pertinente, interpréter les données obtenues, fixer les objectifs d'intervention, communiquer les résultats au médecin référent, compiler les statistiques, etc. En résumé, la participation occupationnelle « être ergothérapeute » implique la réalisation d'une série de formes occupationnelles précises qui varieront d'un milieu clinique à l'autre, en fonction des normes sociales et de la culture de ces milieux.

Finalement, les habiletés occupationnelles sont les plus petites divisions des dimensions de l'agir. Elles correspondent aux actions directement observables de la personne lorsqu'elle accomplit une forme occupationnelle significative (Fisher, 2003, p. 24). Ces habiletés découlent directement du rendement occupationnel. Elles sont apprises et culturellement reconnues par le milieu social. La forme occupationnelle « préparer une salade » sollicite une série d'habiletés observables telles: choisir le matériel nécessaire, manipuler les objets, organiser l'espace de travail, réagir aux indices environnementaux, demander de l'information au besoin, etc. En accord avec cette définition, Kielhofner (2002) définit trois

catégories d'habiletés observables. Les habiletés motrices, les habiletés opératoires (de l'anglais: «*Process skills*») et les habiletés de communication et d'interaction. La taxonomie détaillée et complète de ces trois grandes classes d'habiletés occupationnelles se retrouve au sein de deux évaluations spécifiques: l'évaluation des habiletés motrices et opératoires (*Assessment of Motor and Process Skills, AMPS*) (Fisher, 2003) et l'évaluation des habiletés de communication et d'interaction (*Assessment of Communication and Interaction Skills, ACIS*) (Forsyth et al., 1998). (Ces évaluations seront présentées à la section évaluation de ce chapitre.) Les habiletés motrices permettent de nous déplacer ou de déplacer les objets durant la tâche, tandis que les habiletés opératoires sont nécessaires pour organiser et adapter nos actions afin de compléter cette tâche (Fisher, 2003). En dernier lieu, les habiletés de communication et d'interaction sont indispensables pour faire connaître nos besoins et nos intentions envers les autres et pour coordonner nos comportements lors de nos échanges (Forsyth et al., 1999).

TABLEAU 4: DIMENSIONS DE L'AGIR[12]

Dimensions de l'agir	Exemple 1	Exemple 2	Exemple 3
Participation occupationnelle	Être ergothérapeute	Faire le ménage de sa chambre	Socialiser avec ses amis lors d'un repas
Performance occupationnelle	Faire une évaluation fonctionnelle	Passer l'aspirateur	Jouer au Scrabble
Habiletés occupationnelles	Choisir Organiser Manipuler Demander	Atteindre Naviguer Manipuler Marcher	Manipuler Choisir Partager Parler

L'ADAPTATION OCCUPATIONNELLE

Somme toute, l'adaptation occupationnelle est la résultante de la dynamique qui s'établit entre les composantes de base du modèle (volition, habituation, capacité de rendement), les dimensions de l'agir (participation, rendement, habiletés) et l'environnement (physique et social)

12 Source: G. Kielhofner, *Model Of Human Occupation, third Edition*, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2002, Table 8-1, p. 119.

lorsqu'une personne participe à ses occupations (figure 9). Rappelons que cette résultante a un caractère unique pour chaque personne.

L'adaptation se situe au cœur des concepts qui définissent la profession. La littérature en ergothérapie a largement documenté ce concept. Kielhofner (2002) a constaté, au fil du temps, une évolution des écrits sur le sujet. Il s'est appuyé sur les travaux de Schkade et Schutlz (1992) pour réviser sa conception. Ces auteurs définissent l'adaptation occupationnelle comme un état de compétence, qui permet à la personne de combler ses aspirations, au sujet de son fonctionnement occupationnel. Ces auteurs font clairement ressortir la nécessité de considérer, à la fois, les compétences et les aspirations de la personne pour évaluer son adaptation occupationnelle. Or donc, Kielhofner et al. (1998) ont repositionné le concept d'adaptation occupationnelle. Selon eux, l'adaptation occupationnelle d'une personne se caractérise par la construction, à travers le temps, d'une identité positive et par la réalisation de ses compétences au sein de son propre environnement. Cette nouvelle définition inclut maintenant deux éléments distincts et en constante interaction : l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle (Kielhofner, 2004, p. 153) (figure 9).

Selon Kielhofner (2002), l'identité occupationnelle réfère à la connaissance que nous avons de notre propre capacité, de nos intérêts, de notre efficacité, de notre satisfaction ainsi que de nos obligations, et ce, à partir de nos expériences passées. Cette connaissance sert à construire un système de valeurs basé sur le futur que nous désirons. De plus, elle fait également référence au sens que nous donnons à notre routine, à nos rôles, à notre perception du support reçu par l'environnement ainsi qu'à nos attentes par rapport à ce même environnement. L'identité occupationnelle apporte donc, à la personne, une vision d'ensemble de sa volition, de son habituation et de sa capacité de rendement (l'expérience subjective du corps – *The lived body*) (Kielhofner, 2002, pp. 119-120). Les trois composantes structurelles du MOH et l'environnement sont donc intégrés dans la perception de la personne pour former l'identité occupationnelle. Cette identité procure, à la fois, un sens pour se définir et un guide sur lequel la personne peut appuyer ses actions en cours (Kielhofner, 2004).

D'autre part, la compétence occupationnelle représente le degré avec lequel une personne soutient une routine de comportements productifs

et satisfaisants, en accord avec son identité occupationnelle. La compétence occupationnelle fait référence à la façon dont une personne organise sa vie pour remplir ses différentes responsabilités et atteindre des standards personnels, tout en respectant les obligations sociales de ses rôles (Kielhofner, 2002). L'objectif est de parvenir à une vie intéressante et satisfaisante. En résumé, l'identité occupationnelle réfère à l'expérience subjective intériorisée de la personne, alors que la compétence occupationnelle se consacre à mettre en action concrète les éléments de l'identité occupationnelle (Kielhofner, 2002, p. 124).

Tel que définie antérieurement, l'adaptation occupationnelle réfère donc à la construction d'une identité occupationnelle positive et à l'atteinte d'une compétence occupationnelle satisfaisante, au fil du temps, selon l'environnement (physique et social) dans lequel nous évoluons (Kielhofner, 2004, p. 153). Kielhofner résume clairement le concept d'adaptation par cet énoncé : L'adaptation occupationnelle est la représentation des patrons de pensées, des émotions et des actions d'une personne, développée sous la forme de l'identité occupationnelle et de la compétence occupationnelle (Kielhofner 2002, p. 143).

SOMMAIRE

Kielhofner (2004, p. 153) définit le Modèle de l'occupation humaine de la façon suivante : « Le Modèle de l'occupation humaine intègre une série de concepts en lien avec la motivation, l'organisation et le rendement de la personne lors de la réalisation de ses occupations, en interaction avec son environnement. » En référence à la figure 9, le modèle définit que la volition, l'habituation et la capacité de rendement représentent les composantes de base de la personne qui influencent ses occupations. Les interactions entre ces composantes et l'environnement déterminent les actions de l'individu : ce qu'il fait. Le modèle examine les dimensions de l'agir (le faire) « *The doing* », selon trois niveaux : la participation (travailler comme ergothérapeute), le rendement (réaliser une évaluation fonctionnelle) et les habiletés (manipuler le matériel, etc.). Au fil du temps, la participation de la personne à travers ses activités de la vie quotidienne, son travail et ses loisirs façonneront l'identité et la compétence occupationnelle qui, par leurs interactions, produiront l'adaptation occupationnelle.

APPLICATION DU MOH

Le Modèle de l'occupation humaine avance que le moyen privilégié pour restaurer les fonctions normales d'une personne et lui permettre de retrouver un équilibre dans les sphères de la vie quotidienne consiste à ramener sa participation dans des occupations significatives (Bruce, 2002, p. 224). Cette participation dans les occupations est l'essence même de l'ergothérapie. C'est à ce moment que la personne amorce sa propre prise en charge vers le changement (Kielhofner, 1995, p. 256). Comment le MOH favorise-t-il concrètement cette participation de la personne dans ses occupations afin d'obtenir un meilleur équilibre de vie ? En plus d'offrir un cadre théorique, la principale contribution du MOH consiste à développer et à maintenir à jour les ressources pour guider l'application clinique et rehausser la pratique (Forsyth et Kielhofner, 2003). Les cliniciens peuvent donc référer à une variété de moyens incluant : un large éventail d'évaluations, des histoires de cas pour des clientèles variées, de nombreux textes sur l'implantation de programmes basés sur le MOH et finalement un site internet de référence en anglais. Le lecteur y retrouve les ressources qui correspondent à plusieurs sphères de la pratique de l'ergothérapie, incluant un groupe de discussion sur le modèle (Kielhofner, 2004). À cette richesse d'informations s'ajoute un centre de référence francophone sur le Modèle de l'occupation humaine (situé au Québec, Canada). Ce centre a comme mission de rendre accessibles les outils et les écrits francophones sur le Modèle de l'occupation humaine et de favoriser l'adaptation des différents outils, en version française. L'objectif premier de ce centre est de soutenir les cliniciens, les chercheurs et les étudiants en ergothérapie pour faciliter l'intégration et l'implantation du MOH dans les différents milieux cliniques francophones au Québec et ailleurs dans le monde. Les gens peuvent consulter le site internet francophone à l'adresse suivante :

http://www.fmed.ulaval.ca/crmoh/index.html

ÉVALUATIONS

Dix-neuf évaluations sont associées au Modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002, p. 288). Pour les besoins de ce chapitre, seulement quelques évaluations utilisées en psychiatrie adulte seront détaillées (voir tableaux 5 et 6).

Pour avoir accès à l'ensemble des outils de mesure et en faciliter le choix, Kielhofner (2002) a développé une classification des évaluations et un arbre de décisions. Le lecteur pourra les consulter, dans l'édition 2002 sur le MOH (Kielhofner, 2002, chap. 12 à 17). Plusieurs tableaux s'y trouvent et détaillent les sphères couvertes par chacun des outils, la population ciblée, la structure de l'évaluation, le canevas de présentation de l'outil et des exemples d'application. L'arbre de décisions schématise en une page l'ensemble des évaluations disponibles en les classant selon l'information obtenue (Kielhofner, 2002, p. 291). L'ensemble des outils de mesure de Kielhofner facilite l'élaboration des objectifs thérapeutiques et permet d'impliquer le patient dans sa démarche de réadaptation de façon active, et ce, tout en tenant compte du contexte culturel du patient. Le MOH offre également une grande flexibilité pour plusieurs autres évaluations qui proviennent soit des autres modèles de référence ou qui ont été développées individuellement (ex. : FIBEC[13], Activity Configuration [Mosey, 1986], etc.).

Évaluations générales

Les évaluations « *Occupational Performance History Interview (version 2.0), OPHI-II* » ; « *Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (version 3.0), OCAIRS* » ; « *Occupational Self Assessment (version 2.0), OSA* », et « *Model Of Human Occupation Screening Tool (version 1.1), MOHOST* »[14] composent ce premier bloc. Ces évaluations générales permettent, par différents modes de passation, d'évaluer le fonctionnement occupationnel global de la personne.

L'évaluation *Occupational Performance History Interview (version 2.0) (OPHI-II*) (Kielhofner et al., 1998) rassemble de l'information sur le fonctionnement occupationnel passé, présent et futur (Kielhofner, 2004). Ces informations documentent les facteurs qui influencent l'adaptation

13 La FIBEC signifie « Force, intérêt, buts, évalués par le client » et est la version française de l'évaluation : *Client Assessment of Strengths Interest and Goals (CASIG)* traduite par Lecomte et Leclerc (2004).

14 Les noms et les abréviations des évaluations ont été conservés en anglais dans l'esprit de faciliter la consultation des documents de référence originaux, plus détaillés, pour chacune de ces évaluations. La tendance des ergothérapeutes en Amérique du Nord est de nommer l'outil par son acronyme original, ex. : l'AMPS, l'ACIS, l'OPHI-II.

occupationnelle de la personne. L'OPHI-II est structurée en trois parties. Tout d'abord, une entrevue semi-structurée explore l'histoire de vie occupationnelle du patient. Par la suite, trois échelles de cotation (de 29 énoncés) convertissent en mesure chiffrée, fiable et valide (*rasch analysis*)[15], les informations obtenues sur l'identité occupationnelle, la compétence occupationnelle et l'effet de l'environnement. Selon Forsyth et Kielhofner (2003), cette façon de concevoir la collecte des informations sous forme «entrevue/échelle de cotation» s'avère une nouvelle direction de recherche très prometteuse. Finalement, l'histoire de vie narrative permet à l'ergothérapeute d'explorer le sens que le patient donne à son histoire occupationnelle (l'expérience subjective) (Kielhofner, 2002, p. 127). Les auteurs avancent que l'histoire de vie qui en découle est une valeur prédictive significative pour situer le fonctionnement futur de cette personne dans la communauté.

L'OPHI-II s'applique à la clientèle adolescente, adulte et âgée ayant soit des difficultés de fonctionnement reliées à un état psychiatrique ou physique (Corbière et Briand, 2004, p. 415). Le canevas d'entrevue semi-structuré de l'OPHI-II laisse place à la spontanéité de l'ergothérapeute pour adapter l'entretien selon son style, mais la structure du canevas assure, pour sa part, que tous les thèmes nécessaires ont été traités. Ces thèmes couvrent: les choix occupationnels et les intérêts, les événements marquants de la vie, la routine quotidienne, les rôles occupationnels et les influences de l'environnement (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 71). Le tableau synthèse obtenu, en fin d'évaluation, permet de formuler les objectifs d'intervention qui peuvent être directement partagés avec le patient pour stimuler son implication dans le processus de changement. L'OPHI-II constitue l'outil d'évaluation qui documente le plus fidèlement le fonctionnement occupationnel de la personne selon les concepts théoriques sur l'adaptation occupationnelle définie par Kielhofner (figure 9). En contrepartie, cette évaluation requiert que le patient puisse exprimer sa pensée avec un minimum de cohérence et qu'il présente une certaine stabilité de comportements. Sinon, le MOHOST peut s'avérer un outil

15 Le *Rasch analysis* (Rash, 1980) est un modèle de mesure statistique qui a permis aux concepteurs de l'OPHI-II une meilleure analyse quantitative des échelles de mesures associées à l'identité occupationnelle, à la compétence occupationnelle et aux influences de l'environnement.

mieux adapté pour pallier le manque de collaboration de la personne évaluée. Il permet un survol des différents domaines occupationnels qui seront par la suite approfondis lorsque la personne sera en mesure de collaborer à une évaluation OPHI-II pour documenter l'ensemble de son fonctionnement occupationnel. Plusieurs études de validité et de fidélité de l'OPHI-II, réalisées sur une période de plus de vingt-cinq ans, ont démontré sa fiabilité auprès de différents groupes d'âge, de divers diagnostics, de langues ou de cultures variées (Corbière et Briand, 2004, p. 416).

L'évaluation *Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (version 3.0) (OCAIRS)* (Forsyth et al., 2005) nécessite un temps moyen de passation d'environ 35-50 minutes comparativement à 60-90 minutes pour l'OPHI-II (Kielhofner, 2002). Il sert d'entrevue initiale pour obtenir des données qualitatives et quantitatives sur la vie occupationnelle actuelle de la personne. Il se compose d'une entrevue verbale semi-structurée et d'une échelle de cotation, de 12 énoncés, qui documentent les composantes du modèle (la volition, l'habituation, les habiletés occupationnelles) et l'ouverture de la personne face au changement (Kielhofner, 2004). Contrairement à l'OPHI-II, le processus de validation de l'outil est moins avancé et il est toujours en cours. En terminant, les deux outils OCAIRS et OPHI-II sont pertinents pour les mêmes clientèles mais l'étendue de l'information recueillie et le degré de validation actuelle de l'OPHI-II en font un outil beaucoup plus complet que l'OCAIRS.

L'*Occupational Self Assessment* (version 2.0) (OSA) (Baron et al., 2002), est une évaluation initiale qui se distingue des trois précédentes en raison de son format tabloïde, de type auto-évaluation. Elle permet au patient (en 20-30 minutes) de livrer sa perception sur son adaptation occupationnelle à travers ses compétences occupationnelles et l'effet de l'environnement (Forsyth et Kielhofner, 2003, p. 72). L'OSA se compose de deux sections, complétées par le patient (Kielhofner, 2004). La première partie comprend 21 énoncés qui couvrent l'ensemble du fonctionnement occupationnel de la personne tandis que la deuxième section, de 8 énoncés, s'intéresse aux influences de l'environnement. À travers un processus en trois étapes, la personne détermine le degré de difficulté rencontré dans la réalisation de chacun de ces énoncés, elle situe la valeur accordée à l'énoncé et finalement, elle sélectionne jusqu'à quatre éléments

qu'elle souhaite améliorer lors de la thérapie. Cette dernière étape incite le patient à établir concrètement les objectifs prioritaires de la thérapie et finalement elle situe l'ergothérapeute sur le réalisme des objectifs fixés par le patient (Baron et al., 2002). De par la simplicité et la rapidité d'application de l'outil, les auteurs recommandent également son utilisation pendant le déroulement de la thérapie afin d'assurer l'implication continue du patient à travers ses objectifs. L'expérience clinique a démontré l'excellente contribution de cet outil d'évaluation pour travailler les perceptions négatives des personnes atteintes de dépression majeure. Le processus de validation de l'outil est toujours en cours, mais des études préliminaires ont démontré la nécessité de certains ajustements au niveau de l'échelle de cotation et ont permis le développement de la version 2.0 de l'OSA (Kielhofner et Forsyth, 2001). Kielhofner et ses collaborateurs viennent tout juste de développer, pour cet outil, deux échelles fiables et valides sur le degré de satisfaction du patient au sujet de son fonctionnement occupationnel et sur l'importance qu'il accorde à ce rendement. Il est possible de mesurer à la fois le changement chez le patient en ce qui a trait à sa perception mais également au sujet de la satisfaction de son fonctionnement (Baron et al., 2002).

Finalement, le *Model Of Human Occupation Screening Tool* (version 1.1) (MOHOST) (Parkinson et al., 2004) est le dernier outil de dépistage qui documente l'ensemble du fonctionnement occupationnel du patient selon les variables du MOH. Il est né des efforts d'un groupe d'ergothérapeutes de Grande-Bretagne qui souhaitaient évaluer les patients hospitalisés en soins aigus mais dont la collaboration aux évaluations traditionnelles (entretien verbal et auto-évaluation) s'avérait plus difficile en raison de leur instabilité (Pichette, 2003). Il se caractérise par sa simplicité à être complété, sa rapidité de passation (20 minutes) et par la grande flexibilité de son administration. Le MOHOST est principalement un outil d'observation mais la flexibilité de sa structure favorise l'ajout de plusieurs autres sources d'informations (entretien verbal, discussion avec les proches et les intervenants, consultation du dossier, etc.) pour documenter le fonctionnement occupationnel du patient (Kielhofner, 2004). Le MOHOST peut être utilisé soit à titre d'évaluation initiale, soit pour documenter les changements en cours d'intervention ou pour planifier les objectifs d'intervention. Il comprend 24 énoncés qui couvrent la

volition, l'habituation, les habiletés de communication et d'interaction, les habiletés motrices, les habiletés opératoires et l'environnement. Le MOHOST est un nouvel outil d'évaluation pour lequel on amorce présentement un processus de validation (Forsyth et Kielhofner, 2003).

TABLEAU 5 :
TABLEAU DE SYNTHÈSE DES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION GÉNÉRALE DU MOH

Outils de mesure	Sphères évaluées	Méthodes et durée de passation	Clientèle visée	Processus de validation
OPHI-II	Fonctionnement occupationnel passé, présent et futur * choix occupationnels et intérêts * routine quotidienne * rôles occupationnels * effets de l'environnement	Entretien semi-structuré Trois échelles de cotation (29 énoncés) * identité occupation-nelle * compétence occupationnelle * effet de l'environnement Histoire de vie narrative Durée : 60-90 min.	Adolescente Adulte Âgée	Avancé Plusieurs études confirment la validité et la fidélité de l'outil
OCAIRS	Fonctionnement occupationnel présent	Entretien semi-structuré Échelle de cotation (12 énoncés) Durée : 35-50 minutes	Adolescente Adulte Âgée	En cours
OSA	Perception du fonctionnement occupationnel présent * difficultés rencontrées * importance attribuée * choix d'objectifs prioritaires	Auto-évaluation (29 énoncés) Durée : 20-30 min	Adolescente Adulte Âgée	En cours
MOHOST	Fonctionnement occupationnel présent	Échelle de cotation complétée par observation, consultation au dossier, etc. (24 énoncés) Durée : 20 min	Adolescente Adulte Âgée	En cours

Évaluations spécifiques

Les trois évaluations suivantes: «*Assessment of Motor and Process Skills, AMPS*»; «*Assessment of Communication and Interaction Skills (version 4.0), ACIS*»; et «*Volitional Questionnaire (version 4.0), VQ*» composent ce deuxième bloc. Ces outils de mesure évaluent des aires plus spécifiques du MOH. Le choix de ces évaluations repose sur le fait qu'elles ont été récemment implantées dans les milieux cliniques francophones et qu'elles génèrent des commentaires positifs de la part des ergothérapeutes. Le lecteur pourra consulter d'autres évaluations plus spécifiques, telles: «*Interest checklist*»; «*Role checklist*»; «*Work Role Interview, WRI*» et finalement «*Work Environment Impact Scale, WEIS*» dans l'édition 2002 sur le MOH (Kielhofner, 2002, p. 288).

L'*Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)* (Fisher, 2003) est un outil de mesure innovateur qui permet d'évaluer directement le fonctionnement du patient lorsqu'il est en activité (en 30-40 minutes). Le patient choisit une tâche de la vie quotidienne ou domestique, connue, parmi une série de tâches standardisées qui lui sont offertes et il est invité à l'exécuter devant l'ergothérapeute. Ce dernier, à l'aide d'une grille d'observation regroupant 16 habiletés motrices et 20 habiletés opératoires, cote la performance et identifie les forces et les besoins de la personne. Le AMPS peut être utilisé auprès d'une clientèle variée (traumatisme crânien, démence, troubles psychiatriques, déficience intellectuelle, etc.) et à tous les niveaux d'atteinte du fonctionnement. Il est pertinent pour faire une évaluation initiale du patient, mais également pour jauger son évolution à travers le temps. Au Québec, cet outil d'évaluation est particulièrement apprécié pour mesurer (par des données fiables et valides) l'efficacité du rendement du patient dans ses tâches quotidiennes et son degré de sécurité en préparation à un retour dans la communauté, suite à un séjour en psychiatrie. Il précise le degré d'autonomie du patient dans la réalisation des différentes tâches de la journée et il permet de situer précisément le niveau d'encadrement qui favorisera le succès de son intégration dans la communauté. Les équipes multidisciplinaires qui découvrent cet outil ergothérapique peuvent, par la suite, difficilement s'en passer. Les études de validation de l'outil de mesure sont en très grand nombre. Plusieurs études ont démontré sa validité auprès de diverses

cultures et, des analyses de Rasch ont permis d'en assurer la validité et fidélité (Corbière et Briand, 2004, p. 409). Pour obtenir de plus amples informations concernant le AMPS, il est possible de consulter le site internet à l'adresse suivante :

http://www.colostate.edu/Programs/AMPS/index.htm

L'*Assessment of Communication and Interaction Skills (version 4.0) (ACIS)* (Forsyth et al., 1998) est un outil de mesure qui évalue les habiletés de communication et d'interaction sociale par observation du patient dans différentes situations réelles de vie (en 20-60 minutes). Selon le modèle de Kielhofner (2002), ces habiletés sont utilisées par la personne dans le but de communiquer ses intentions et besoins ainsi que de coordonner ses interactions avec les autres. L'outil définit 22 habiletés de communication et d'interaction observables, réparties en trois dimensions : sept habiletés physiques (contact visuel, gestes, postures, etc.), dix habiletés d'échange d'information (contenu du discours, initiative, partage de contenu personnel, expression, etc.) et cinq habiletés liées aux relations interpersonnelles (collaboration, respect, conformisme, etc.). L'ACIS offre une grille d'observation détaillée, laquelle peut être exploitée dans différents contextes sociaux. On propose quatre situations sociales différentes pour évaluer le patient : une situation non structurée, une situation de groupe où les participants s'adonnent à des tâches en parallèle, une situation de groupe où les participants collaborent à une tâche commune, et une situation en dyade. En plaçant le patient dans ces différents contextes de vie, l'ergothérapeute est à même d'évaluer les forces et besoins du client en termes d'habiletés sociales, mais aussi de situer ses difficultés dans un contexte spécifique. Plusieurs études confirment la validité de l'outil (Corbière et Briand, 2004, p. 411).

Le *Volitional Questionnaire (version 4.0) (VQ)* (De Las Heras, 2004) est aussi un outil de mesure par observation. Il examine la motivation de la personne telle que représentée par la composante volition du MOH (en 15-40 minutes). Le VQ comprend quatorze (14) énoncés, répartis selon trois (3) sphères (motivation, déterminants personnels, valeurs/intérêts) qui situent la spontanéité de la personne observée à travers la réalisation d'activités significatives (Kielhofner, 2002). En plus de livrer de l'information sur les intérêts et les valeurs de cette personne, il permet à

l'ergothérapeute de situer le type d'environnement le plus favorable pour optimiser sa motivation (Kielhofner, 2004). Il a l'avantage de permettre l'évaluation de la motivation chez les personnes présentant des limitations cognitives et de communication et qui ne peuvent miser sur le langage pour situer leur difficulté de motivation (Forsyth et Kielhofner, 2003). Le processus de validation est toujours en cours. Les récentes études sur le VQ et l'expérience pratique de son utilisation en milieu clinique ont permis de raffiner les critères de mesure de la nouvelle version 4.0 du VQ. L'outil comporte maintenant quatorze (14) énoncés au lieu de seize (16).

TABLEAU 6 :
TABLEAU DE SYNTHÈSE DES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION SPÉCIFIQUE DU MOH

Outils de mesure	Sphères évaluées	Méthodes et durée de passation	Clientèle visée	Processus de validation
VQ	Composantes de la volition * motivation * déterminants personnels * valeurs et intérêts	Observation du comportement Échelle de cotation (14 énoncés) Durée : 15-40 min	Adolescente Adulte Âgée	Avancé Plusieurs études confirment la validité et la fidélité de l'outil.
AMPS	Habiletés occupationnelles * 16 habiletés motrices * 20 habiletés de processus	Observation du comportement Échelle de cotation (36 énoncés) Durée : 30-40 min	Adolescente Adulte Âgée	Avancé Plusieurs études confirment la validité et la fidélité de l'outil.
ACIS	Habiletés de communication et d'interaction	Observation du comportement Échelle de cotation (22 énoncés) Durée : 20-60 min	Adolescente Adulte Âgée	Avancé Plusieurs études confirment la validité et la fidélité de l'outil.

PLANIFICATION DU TRAITEMENT

Au-delà des nombreuses évaluations qui documentent les variables de l'occupation humaine de la personne, Kielhofner propose un processus de raisonnement thérapeutique, selon quatre phases. L'objectif vise à guider les ergothérapeutes lors de la planification des interventions selon le MOH. Premièrement, à partir de la théorie sur le modèle, il invite les ergothérapeutes à se poser une série de questions afin de situer ce qu'ils veulent savoir de leurs patients. En second lieu, l'ergothérapeute utilise ces mêmes questions pour orienter la collecte des informations et sélectionner les outils de mesure pertinents (Kielhofner, 2002, pp. 169-177). Les informations recueillies vont permettre, dans un troisième temps, d'obtenir une vision claire de la situation occupationnelle du patient (sous forme de tabloïde), incluant les forces et les limitations. Finalement, lors de la quatrième phase, l'ergothérapeute établira les buts et les stratégies de la thérapie qui découleront de cette compréhension du fonctionnement occupationnel du patient et de ses désirs de changement (Kielhofner, 2002, p. 162). Kielhofner précise également que les phases de ce processus de raisonnement clinique ne sont pas strictement séquentielles. Elles impliquent de la part de l'ergothérapeute des mouvements d'aller et de retour entre les phases.

PRINCIPES ET TECHNIQUES D'INTERVENTION

Selon Kielhofner (2004, p. 155), le Modèle de l'occupation humaine s'appuie sur l'idée que toute forme d'intervention occasionne une modification à la structure occupationnelle en place. Ce qui signifie que lorsqu'une composante du modèle est modifiée, les répercussions se font sentir sur les autres composantes structurelles du modèle et les dimensions de l'agir. Un changement sur la volition, l'habituation, la capacité de rendement ou l'environnement crée les conditions dynamiques favorables à l'émergence de nouvelles pensées, émotions et comportements (Kielhofner, 2002, p. 42). Des répétitions suffisantes de ces nouvelles conditions (pensées, émotions et comportements) permettent alors des modifications significatives sur les dimensions de l'agir et favorisent l'émergence (positive ou négative) d'une nouvelle structure occupationnelle (donc l'adaptation

occupationnelle). Des conditions stables de l'environnement sont nécessaires pour maintenir ce nouvel équilibre et permettre que le changement soit véritable (Kielhofner, 2002, p. 42). Kielhofner (2002, chap. 18) traite de ce processus de changement de la personne à travers une taxonomie détaillée.

Trois étapes sont décrites par Kielhofner dans ce continuum de changement : l'exploration, la compétence et l'accomplissement (Bruce et al., 2002). Elles correspondent au processus de changement typique d'une personne lorsqu'un événement traumatique majeur impose des changements à son style de vie, une réorganisation de sa vie ou lorsqu'elle doit s'adapter à de nouveaux environnements en réponse à cet événement (Kielhofner, 2002, p. 147). Ces changements apportés à la structure occupationnelle proviennent de l'engagement occupationnel de la personne lors de sa thérapie (Kielhofner, 2002, p. 297). Cet engagement du patient est régi par deux conditions essentielles (Kielhofner, 2004, p. 156). D'une part, le patient doit être impliqué dans des formes occupationnelles réelles et non inventées pour que l'intervention par l'activité soit thérapeutique. D'autre part, ce qu'il fait doit être pertinent à ses yeux et significatif. Seul le client peut être l'instigateur de son propre changement (Kielhofner, 2004, p. 156).

ILLUSTRATION DU MOH PAR UNE VIGNETTE CLINIQUE

L'utilisation clinique des instruments de mesure et des principes et techniques d'intervention sera illustrée à partir de l'histoire de Guillaume.

CONTEXTE DE VIE/ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PSYCHIATRIQUES

Guillaume est un jeune homme célibataire de 19 ans qui habite la maison familiale avec ses parents et ses deux sœurs cadettes (16 et 14 ans). Il n'a pas d'emploi et est prestataire de l'aide sociale. Par contre, il s'implique par de menus travaux dans l'entreprise familiale. L'an dernier, la maladie l'a contraint à interrompre ses études collégiales en sciences humaines. Depuis un an, il est suivi au département de psychiatrie pour prodrome psychotique évoluant vers une schizophrénie paranoïde, et ce malgré la prise continue de neuroleptiques. L'instabilité de la maladie

a nécessité deux hospitalisations et un suivi médical en clinique externe, incluant l'hôpital de jour. Le traitement pharmacologique actuel comprend : Clozaril, Lithane et Risperdal. Guillaume présente toujours des symptômes positifs tels : troubles de la pensée, envahissement psychique avec ruminations anxieuses à thèmes bizarres et hallucinations auditives sous forme de murmures. Les symptômes négatifs associés (perte d'intérêt, retrait social, manque d'énergie, manque de concentration) ont également entraîné une baisse importante du niveau de son fonctionnement.

RÉFÉRENCE EN ERGOTHÉRAPIE

Guillaume a été suivi en ergothérapie lors de ses deux hospitalisations. À ce moment, les objectifs généraux de l'intervention se sont centrés sur la précision diagnostique en situation d'activités et l'amélioration du fonctionnement psychosocial général. Compte tenu des nombreux déficits résiduels de Monsieur, il fut référé en avril 2004 à la clinique spécialisée pour les premières psychoses. L'ergothérapie y occupe une place déterminante autant pour l'évaluation que lors de l'intervention.

Ce programme multidisciplinaire spécialisé pour les jeunes psychotiques vise l'amélioration du fonctionnement psychosocial de la personne et des capacités à s'adapter au stress de l'environnement. Il favorise une amélioration de la qualité de vie des participants en diminuant les effets négatifs de la maladie sur leur fonctionnement général. Plus spécifiquement, les rôles de l'ergothérapeute sont de dresser un portrait détaillé et complet de l'impact de la maladie sur le fonctionnement occupationnel de la personne, d'en suivre l'évolution et d'offrir aux patients, par l'engagement à des activités thérapeutiques significatives, des opportunités de changements.

ÉVALUATIONS FORMATIVES

Lors de la dernière hospitalisation de Monsieur (en novembre-décembre 2003), le MOHOST a été utilisé comme outil de dépistage fonctionnel (lors de son admission et en fin d'hospitalisation), en raison de l'importance de la désorganisation et de la limite des habiletés de communication. Les résultats sont présentés au tableau 7.

Dans le cadre du programme spécialisé, les outils de mesure OPHI-II et ACIS ont été privilégiés. Les tableaux 8 à 10 en présentent les résultats. Ils permettent d'obtenir le tableau initial du fonctionnement (forces et faiblesses) de la personne de façon plus détaillée et ciblée ainsi que son opinion subjective. Ce choix s'est appuyé, pour l'OPHI-II, sur le besoin d'avoir un outil d'évaluation, fiable et valide, pour mesurer l'ensemble du fonctionnement occupationnel du patient et, pour l'ACIS, parce que le programme spécialisé inclut une approche de groupe cognitivo-comportementale qui s'attarde précisément sur le retour des habiletés sociales et de communication de la personne. Au-delà de ces choix, d'autres outils d'évaluation proposés par le MOH auraient pu servir à documenter l'évolution clinique de Guillaume. Le programme spécialisé offert à Guillaume, particulièrement l'approche de groupe qui y est intégrée, a également démontré un impact positif sur les déterminants personnels, les intérêts et certaines habiletés opératoires et cognitives (Briand et al., soumis).

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION INITIALE

Le bilan de l'évaluation initiale de Guillaume se résume comme suit.

Identité occupationnelle

Définition : Mesure le degré selon lequel une personne a intériorisé une identité occupationnelle de par ses valeurs, ses intérêts, ses responsabilités, le concept de soi, la détermination, les attentes de succès et le sens qu'elle donne à ses occupations.

La mesure de l'identité occupationnelle de Guillaume présente plusieurs difficultés (sept des onze énoncés mesurés sont dysfonctionnels, dont deux sont touchés de façon marquée) (tableau 8). Ce sont : « s'attend à avoir du succès » et « a des buts et des projets personnels ». Ces deux composantes, nécessaires à l'exploration de l'environnement, incitent davantage Guillaume au retrait, plutôt qu'à l'action. Guillaume se sent impuissant à agir sur les événements quotidiens pour atteindre ses objectifs et il est incapable d'en contrôler les résultats. Il se dit trop envahi par l'anxiété et par ses voix, principalement en soirée et jusqu'au sommeil. Il abandonne devant les obstacles et les difficultés rencontrées, ce qui rend plus difficile l'identification des responsabilités liées à ses

TABLEAU 7 : RÉSULTATS AU MOHOST[16]

OUTIL DE DÉPISTAGE DU MODÈLE DE L'OCCUPATION HUMAINE
MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool
Traduction française non validée de la version 1.1

Nom :	Guillaume		N° dossier :	XXXXXX
Âge :	18		Ergothérapeute :	AAAAAA
Sexe :	homme ✓	femme ❏	Département/service : ergothérapie psychiatrie	
Milieu de vie :	interne ❏	externe ✓	Date de l'évaluation :	nov. 03 (initiale) déc. 03 (finale)
Évaluation faite par :	collecte de données	❏		
	entrevue	❏		
	observation	✓	Motifs de consultation : évaluation du fonctionnement global suite à une décompensation	
	contact avec les proches	❏		
Diagnostic :	processus schizophréniforme			

4	Force	Soutient la participation occupationnelle de manière compétente.
3	Difficulté	Interférence mineure à la participation occupationnelle.
2	Faiblesse	Interférence majeure à la participation occupationnelle.
1	Problème	Empêche la participation occupationnelle.

Sommaire des cotations

Motivation à l'occupation				Organisation et structure des occupations				Habiletés de communication et d'interaction				Habiletés opératoires				Habiletés motrices				Environnement			
Évaluation de ses habiletés	Attente de succès	Intérêt	Engagement	Routine	Capacité d'adaptation	Responsabilité	Rôles	Habiletés non verbales	Conversation	Expression verbale	Relations	Connaissance	Planification	Organisation	Résolution de problème	Posture et mobilité	Coordination	Force et effort	Énergie	Espace physique	Ressources physiques	Groupes sociaux	Exigences occupationnelles
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	F	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	F	3	3	3	X	XF	XF	3	3	XF	3	3
F	2	F	F	F	F	XF	F	F	XF	XF	2	X	F	XF	F	2	2	2	XF	XF	2	F	F
X	XF	X	X	X	X	1	X	X	1	1	XF	1	X	1	X	1	1	1	1	1	1	X	X

Humeur/affect lors de l'évaluation : gestion de l'anxiété difficile.

Analyse des forces et des faiblesses

Malgré une meilleure stabilité des symptômes positifs et une bonne amélioration du contrôle moteur, les habiletés d'organisation, les habiletés de communication, la volition et l'organisation des occupations ont montré une légère amélioration mais pas suffisamment pour permettre à Guillaume de maintenir une routine sans une assistance continue afin d'assurer le maintien d'un rendement minimal de ses tâches quotidiennes.

Légende : Évaluation initiale : = (X) Évaluation finale : = (F)

16 Trad. libre de *Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) Version recherche 1.0* de Sue Parkinson B. A., SROT et Kirsty Forsyth, PhD, SROT, OTR., Université de l'Illinois, Chicago. Traduction faite par Julie F. DesRochers, erg., Stéphane Rivard, erg. et Nadine Larivière, erg., nov. 2003, HLHL, Québec, Canada. Adapté par René Bélanger, erg., avril 2005, Hôtel-Dieu de Lévis, Québec, Canada.

TABLEAU 8 : RÉSULTATS À L'OPHI-II[17]

HISTOIRE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL – OPHI-II
Feuille sommaire

Identité occupationnelle	1	2	3	4
A des buts et des projets personnels	X	F		
Identifie un mode de vie souhaité		XF		
S'attend à avoir du succès	X		F	
Accepte ses responsabilités		X	F	
Évalue ses capacités et ses limites		X	F	
A des engagements et des valeurs			XF	
Reconnaît son identité et ses obligations		X	F	
A des intérêts		X	F	
Se sentait efficace (passé)			XF	
Trouvait un sens et de la satisfaction dans son mode de vie (passé)			XF	
Faisait des choix occupationnels (passé)			XF	
Compétence occupationnelle	**1**	**2**	**3**	**4**
Maintient un mode de vie satisfaisant		XF		
Réalise ses attentes par rapport à ses rôles	X	F		
Travaille en fonction de ses objectifs	X	F		
Atteint ses critères de perform. personnelle	X	F		
Organise son temps en fonct. de ses responsab.		X	F	
Participe à différents intérêts	X	F		
Accomplissait ses rôles (passé)		XF		
Maintenait une routine (passé)			XF	
Était satisfait de ses réalisations (passé)		XF		
Environnement qui soutient les comportements occupationnels	**1**	**2**	**3**	**4**
Formes occupationnelles de la vie au domicile		X	F	
Formes occupat. productives (travail, études…)		XF		
Formes occupationnelles reliées de loisirs		XF		
Groupe social de la vie au domicile		X	F	
Groupe social productif (travail, études…)			XF	
Groupe social de loisirs		X	F	
Espaces physiques, objets et ressources par rapport à la vie au domicile			X	F
Espaces physiques, objets et ressources par rapport au rôle productif majeur			XF	
Espaces physiques, objets par rapport aux loisirs			XF	

Clé :
4 = Fonctionnement occupationnel exceptionnel
3 = Fonctionnement occupationnel satisfaisant, approprié
2 = Quelques dysfonctionnements occupationnels
1 = Dysfonctionnement occupationnel marqué
N/A = Non applicable

Légende : Évaluation initiale = (X) Évaluation finale = (F)

Nom : Guillaume
dossier : XXXXX

Date :
initiale : avril 2004
finale : avril 2005

Thérapeute : XXXXX

Âge : 19 ans
Sexe :
✓ Masculin
❏ Féminin

Diagnostics :
– principal :
schizo paranoïde
– secondaire·s :
aucun

Scolarité : collégiale
Travail : entreprise familiale

Situation de vie :
❏ vit seul(e)
❏ résidences adaptées
❏ institution
✓ avec famille
❏ avec ami·e ou colocataire
❏ Autre :

Autonomie face aux habitudes de vie :
❏ autonome
❏ nécessite assistance
✓ complètement dépendant·e

17 Trad. libre de « *Occupational Performance History Interview, OPHI-II* » de Kielhofner et al. (1998), Université de l'Illinois, Chicago. Révisé le 12 oct. 2000. Trad. faite par IRDPQ. Révisé par Nadine Larivière, erg. et Stéphane Rivard, erg., 22 déc. 2003, HLHL, Québec, Canada.

TABLEAU 9 : RÉSULTATS À L'OPHI-II – SUITE (HISTOIRE DE VIE)

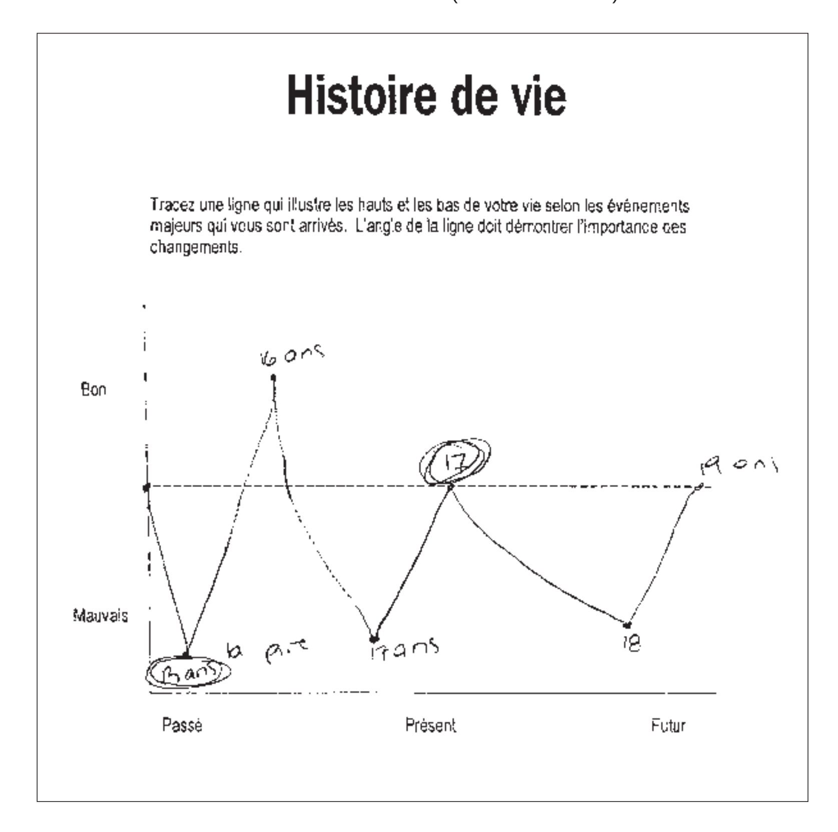


TABLEAU 10 : RÉSULTATS À L'ACIS[18]

L'ÉVALUATION DES HABILETÉS DE COMMUNICATION ET D'INTERACTION
(The Assessment of Communication and Interaction Skills, ACIS)
Feuille de résultats

Client : Guillaume | # Dossier : XXXXXX | Thérapeute : XXXXXX
Situation d'observation : Murale collective, jeux interactifs et sorties d'intégration
Âge : 19 | Sexe : M | Diagnostic : Schizophrénie paranoïde
Date : initiale avril 2004 | finale avril 2005 | Hospitalisé : non | Externe : oui

Compétent (4) : Performance adéquate qui supporte la communication/interaction et donne de bons résultats interpersonnels ou en groupe. L'examinateur n'observe aucune évidence de déficit.
Discutable (3) : Performance discutable qui rend risquée la communication/interaction et donne des résultats interpersonnels ou en groupe incertain. L'examinateur doute de la présence d'un déficit.
Inefficace (2) : Performance inefficace qui interfère avec la communication/interaction et donne des résultats interpersonnels ou en groupes indésirables. L'examinateur observe un déficit léger à modéré.
Déficitaire (1) : Performance déficitaire qui empêche la communication/interaction et donne des résultats interpersonnels ou en groupe inacceptables. L'examinateur observe un déficit sévère (risque de préjudice, danger, provocation ou rupture des relations interpersonnelles).

Physique					Commentaires
Touche	F	3	X	1	Évaluation finale : Nette amélioration des habiletés qui supportent physiquement la communication. Toutes les habiletés de ce domaine « physique » sont efficaces.
Regarde	4	F	2	X	
S'exprimer par des gestes	4	F	X	1	
S'ajuste	F	3	X	1	
Se tourne vers	4	F	X	1	
Prend une posture	F	X	2	1	
Échange d'information					**Commentaires**
Articule	F	3	X	1	Évaluation finale : Bonne amélioration des habiletés qui permettent l'échange d'information. Seulement une habileté « Soutient » demeure inefficace.
S'affirme	4	F	X	1	
Demande	4	F	X	1	
Initie	4	F	2	X	
S'exprime	4	F	X	1	
Module sa voix	F	3	X	1	
Partage	4	F	2	X	
Parle	4	F	X	1	
Soutient	4	3	F	X	
Relations					**Commentaires**
Collabore	4	3	F	X	Évaluation finale : Certaines améliorations des habiletés qui supportent l'aspect relationnel. Deux habiletés sur les cinq sont inefficaces et supportent moins bien les interactions de Guillaume.
Se conforme	F	X	2	1	
Focalise	4	F	X	1	
S'associe	4	3	F	X	
Respecte	4	F	X	1	

Résultat total – Bilan de l'évaluation initiale et de l'évaluation finale de Guillaume
Légende : Évaluation initiale : = (X) Évaluation finale : = (F)

18 Trad. libre de « *Assessment of Communication and Interaction Skills* » de Kristy Forsyth, Marcelle Salamy, Sandy Simon et Gary Kielhofner (1998), Université de l'Illinois, Chicago. Trad. faite par René Bélanger, erg., 22 janvier 2004, Hôtel-Dieu de Lévis, Québec, Canada.

rôles. Ce retrait ne lui permet pas de compenser ses limites par ses capacités et le cycle vicieux de l'échec se répète, entraînant une perte d'enthousiasme, une baisse des intérêts et une difficulté à identifier comment gérer/occuper sa routine quotidienne. Il lui devient alors difficile d'assumer ses responsabilités quotidiennes et de s'identifier à un mode de vie souhaité. Il se désengage de ses buts et de ses projets personnels à court, moyen et long terme. En contrepartie, Guillaume conserve une morale stable et en accord avec ses valeurs (religion, travail et famille). Également, il s'identifie à certaines activités (stimulées par le milieu) telles les travaux pour l'entreprise familiale, l'entretien des animaux de compagnie et les activités de son groupe religieux. Il se perçoit dans quelques rôles (fils, frère et travailleur auxiliaire) mais il ne les active pas toujours. De plus, on note que dans le passé, Guillaume se percevait efficace, il était généralement satisfait de son mode de vie et faisait des choix occupationnels adaptés. L'expérience clinique a démontré que ces trois éléments du passé sont de bons indicateurs de l'amélioration des déterminants personnels de la personne lors de la réadaptation.

En résumé, la mesure objective de l'identité occupationnelle de Guillaume se situe à 38 ± 3 écarts-type. Ces résultats sont entièrement en accord avec l'histoire de vie subjective, telle que perçue par Guillaume (tableau 9). Le graphique démontre que depuis ses 13 ans, Guillaume perçoit sa vie comme cumulant davantage de bas que de hauts avec ce même sentiment d'impuissance à agir sur la situation. Le récit de sa vie lors des entretiens réfère à la métaphore[19] profonde de type « pris au piège » (de l'anglais: « *Entrapment* ») (Kielhofner, 2002, p. 126). Guillaume se sent dépassé et impuissant à agir sur le déroulement de sa vie, compte tenu des éléments défavorables et incontrôlables de la maladie.

19 Une métaphore est un outil littéraire imagé qui utilise soit un objet ou un phénomène familier pour expliquer quelque chose de nouveau tel un événement ou une situation qui est moins connue ou comprise par la personne (Kielhofner, 2002). Les métaphores sont importantes car elles aident à la fois le narrateur et l'interlocuteur à comprendre des idées complexes et détaillées en les transformant de façon succincte.

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION INITIALE

Le bilan de l'évaluation initiale de Guillaume se résume comme suit.

Compétence occupationnelle

Définition : Mesure le degré selon lequel une personne arrive à soutenir une routine de comportements occupationnels productifs et satisfaisants.

En accord avec la théorie sur le MOH, la compétence occupationnelle est tributaire de la stabilité de l'identité occupationnelle. Or donc, la compétence occupationnelle de Guillaume est effectivement très atteinte (huit des neuf énoncés mesurés sont dysfonctionnels, dont quatre sont touchés de façon marquée) (tableau 8). La maladie ne permet pas à Guillaume de se centrer sur la réalisation de ses objectifs, elle les anéantit. La perte des capacités empêche l'atteinte des performances personnelles de Guillaume et ne lui permet pas de remplir les exigences des principaux rôles significatifs antérieurs tels : étudiants, amis et partenaire. Son mode de vie, sans orientation claire, se répercute négativement sur l'organisation et la gestion de sa routine qui présente de nombreux vides (penser et dormir). Guillaume a besoin d'une aide constante pour le guider. Il nécessite une stimulation de ses proches pour démarrer l'activité ou leur présence pendant son déroulement afin d'assurer le maintien de son investissement. Par contre, il conserve la routine de base de la vie familiale soit : se laver, se préparer le matin, assister aux repas, participer aux travaux de l'entreprise familiale et s'occuper de l'entretien quotidien des animaux de compagnie de la famille. De plus, il maintient la pratique de ses activités religieuses hebdomadaires. La maladie a toutefois interrompu sa participation à des intérêts antérieurs importants pour lui (chorale, groupe local des journées mondiales de la jeunesse [JMJ], cinéma, télévision, ordinateur, contact avec des amis du collège). Même si Guillaume présente, lors de la mesure de l'identité, un bon degré de satisfaction vis-à-vis son mode de vie antérieur, l'évaluation de son rendement réel au sujet de ses rôles passés et de la satisfaction de ses réalisations démontre des lacunes depuis plusieurs années.

La mesure objective de la compétence occupationnelle de Guillaume se situe à 30 ± 5 écarts-type. Ce niveau est représentatif de la moyenne des patients dans cette catégorie et démontre l'impact marqué de la

maladie sur la routine des comportements occupationnels de Guillaume.

Habiletés de communication/interaction

Définition : Mesure les habiletés nécessaires pour faire connaître nos besoins et nos intentions envers les autres et pour coordonner nos comportements lors de nos échanges.

Le tableau 10 montre un bilan déficitaire de la plupart des habiletés de communication et d'interaction de Guillaume (dix-huit des vingt énoncés mesurés sont dysfonctionnels, dont six sont touchés de façon marquée). Les difficultés s'étalent, avec la même intensité, sur les trois grands domaines de la communication (physique, échange d'information et relationnel). Ces habiletés ne seront pas détaillées dans le cadre de cette vignette. Par contre, il est clair qu'elles ne supportent pas le besoin de communiquer et d'interagir de Guillaume et il se retrouve quotidiennement confronté à des limites et à des situations d'échec. En réaction à ces déficits, il se retire et il s'isole.

Support de l'environnement

Définition : Mesure l'impact de l'environnement sur la vie occupationnelle de la personne.

Malgré le fait que l'environnement de Guillaume soit généralement favorable et qu'il tente de s'ajuster aux difficultés de fonctionnement occupationnel, cinq des neuf énoncés mesurés sont dysfonctionnels (tableau 8). Les espaces physiques sont accessibles, disponibles et sécuritaires. Les groupes sociaux de son quotidien (famille, loisirs, travail) offrent un climat qui favorise généralement un fonctionnement positif. Cependant, la famille et le groupe social de loisirs ont grandement diminué leurs attentes. Les demandes et les exigences se situent nettement au-dessous des normes pour son groupe d'appartenance ; elles sont minimales. Par contre, celles provenant du groupe social productif sont plus constantes, elles proviennent d'un employé de l'entreprise familiale. Quelques contacts sociaux significatifs sont stimulés par la famille (cérémonies religieuses, visite des proches et amis de ses parents). Cependant, Guillaume accompagne passivement ses parents. Il devient anxieux lorsqu'il n'a pas de guide externe et lorsque sa routine change. À ce moment, il cherche plutôt à s'isoler. Guillaume ne montre pas de malaise à se retrouver dans cet univers adapté

et protégé avec des demandes minimales. Il est davantage en mode « protection » plutôt qu'en mode « actif » pour agir sur son environnement.

La mesure objective de l'impact de l'environnement sur le fonctionnement occupationnel de Guillaume se situe à 43 ± 4 écarts-type. Cette mesure est dans la moyenne des patients de sa catégorie. Elle démontre que Guillaume se retrouve dans un environnement où les gens tentent de s'adapter à ses besoins et aux impacts de la maladie. Par contre, ces personnes ont parfois de la difficulté à adopter les stratégies les plus favorables et aidantes pour lui.

L'évaluation du fonctionnement occupationnel de Guillaume démontre plusieurs déficits qui touchent à la fois son identité, ses habiletés de communication et d'interaction, sa compétence et son environnement. Ces déficits viennent entraver gravement sa participation aux activités de la vie quotidienne, au travail et aux loisirs et ils limitent sa capacité d'adaptation. Ce portrait précis des forces et des faiblesses qui interfèrent sur l'autonomie de Guillaume dans ses occupations servira de guide pour la planification de l'intervention selon le MOH.

PLANIFICATION DU TRAITEMENT

Dans un premier temps, à la lumière du tableau fonctionnel déficitaire de Guillaume, le travail sur l'identité occupationnelle est priorisé. Notamment, il consiste à déprogrammer les attentes d'échec de Guillaume et les mécanismes de protection qui l'incitent à se retirer plutôt qu'à agir sur les situations rencontrées. Forcément, ce premier volet d'objectifs exige un support de l'environnement très stable provenant du cadre de la thérapie. Par la suite, la reconstruction des déterminants personnels (motivation à l'essai, croyance en ses habiletés, attente de succès et confiance en soi), des buts (sentiment d'utilité, clarification du but à court terme), des intérêts (montrer de la curiosité, améliorer la participation et renforcer la satisfaction) et des valeurs (exprimer des préférences, améliorer les choix, s'engager dans des tâches simples et significatives) est poursuivie. Initialement, ces objectifs sont travaillés selon le mode « exploration [20] », et doivent être

20 Exploration : Premier stade du processus de changement où une personne essaie de nouvelles choses et conséquemment, elle apprend sur ses propres capacités, ses préférences et ses valeurs (Kielhofner, 2002, p. 156). Il vise à garder la motivation de la personne pour acquérir des habiletés.

répétés suffisamment pour permettre l'acquisition des nouvelles capacités rattachées à l'identité occupationnelle de Guillaume. Elles ont pour effet de motiver Guillaume à poursuivre ses investissements vers la reconstruction des habiletés de communication et d'interaction, toujours sous le mode «exploration». Selon le cheminement de Guillaume, le travail sur les habiletés de communication et d'interaction peut évoluer progressivement vers le mode «compétence[21]». Lorsque les habiletés de Guillaume se stabilisent, les objectifs de la thérapie sont axés vers l'obtention d'une meilleure organisation de sa routine de comportements occupationnels et vers une gestion plus adéquate du stress occasionné par les demandes de son environnement. En parallèle au travail réalisé par Guillaume, sa famille et ses proches bénéficient d'interventions en psycho-éducation. L'objectif de ces rencontres consiste à guider l'entourage de Guillaume sur l'augmentation progressive de leurs demandes et de leurs exigences en fonction de son évolution. Il faut rappeler que la finalité de toute cette démarche consiste à atténuer les effets de la maladie et à améliorer la qualité de vie de Guillaume, au quotidien. Le volet «accomplissement[22]» n'est pas visé dans le cadre de cette thérapie. Il réfère davantage à des notions de compétition et d'excellence qui sont à éviter avec la clientèle, premières psychoses. Le but n'est pas de provoquer des événements stressants mais d'aider la personne à mieux gérer les différentes demandes de l'environnement et à réagir adéquatement aux situations rencontrées, tout en conservant l'équilibre au quotidien. Finalement, tout au long du déroulement de la thérapie, les objectifs spécifiques d'intervention[23], planifiés selon le MOH, seront formulés et appliqués en fonction de l'évolution de Guillaume.

21 Compétence: deuxième stade du processus de changement, qui débute lorsqu'une personne commence à solidifier les nouvelles façons de faire, qui ont été découvertes lors du stade exploration (Kielhofner, 2002). Il réfère à l'organisation des habitudes selon des modèles et des normes de comportements.

22 Accomplissement: troisième stade du processus de changement qui débute lorsque les habiletés et habitudes d'une personne lui permettent de participer pleinement à un nouveau travail, un loisir ou une AVQ (Kielhofner, 2002). Ce stade réfère à la notion de compétition et d'excellence.

23 Exemple d'objectifs d'intervention spécifiques pour Guillaume selon le MOH:
– Guillaume suggérera, à deux reprises lors de la séance (avec le support du thérapeute), un mot lors de l'exercice hiérarchie de concept.
– Guillaume formulera, au moins une fois lors de la séance, une question complète sur le sujet d'intérêt traité par l'un des participants.
– Guillaume maintiendra un ton audible, pour les participants, lors de ses interactions de jeux de rôle sur la demande de renseignements au sujet de la programmation du cinéma de son quartier.
– Guillaume proposera, lors de la rencontre, une hypothèse de solution pour la problématique quotidienne: difficulté de se lever le matin.

APPLICATION DU TRAITEMENT

Le travail de l'identité occupationnelle, de la compétence occupationnelle et des habiletés de communication et d'interaction se réalise à travers la pratique d'activités thérapeutiques réelles et connues de Guillaume. Ces activités contribuent à améliorer la signification et le rendement de ses formes occupationnelles et elles permettent une meilleure organisation de sa routine quotidienne. Ces activités, toujours guidées par le thérapeute, sont soit simulées lors de la thérapie ou elles se déroulent dans l'environnement réel de Guillaume. Le cadre proposé par l'approche *Integrated Psychological Treatment (IPT)* de Brenner (Brenner et al., 1992 ; Pomini et al., 1998) – version adaptée pour le Québec (Briand et al., 2005) est privilégié pour atteindre les objectifs fixés. Selon Briand et al. (2005), l'approche IPT combine plusieurs interventions considérées comme nécessaires dans le processus de réadaptation des personnes souffrant de schizophrénie. Pour Guillaume, cette thérapie d'orientation cognitivo-comportementale se déroule, en suivi externe, sur une période de onze mois, à une fréquence de deux fois par semaine. Chaque rencontre, supervisée par deux ergothérapeutes, dure environ une heure et demie incluant une pause de quinze minutes. Le plan d'intervention de Guillaume intègre également un volet psycho-éducation sur la maladie et sur les facteurs favorables au maintien de la santé dans le quotidien.

Cette approche IPT, dans le cadre du programme spécialisé pour jeunes psychotiques, est une approche de groupe composée de 8 à 12 participants ayant vécu un premier épisode psychotique. Il comprend six modules hiérarchisés qui impliquent une gradation des difficultés et de la complexité des exercices. Cette gradation entraîne inévitablement une augmentation des interactions sociales et de la charge affective des participants. Les sujets abordés par chacun des modules correspondent aux objectifs généraux travaillés et permettent aux participants d'améliorer leurs habiletés dans les différents secteurs suivants : différenciation cognitive, perception sociale, communication verbale, compétences sociales, gestion des émotions et résolution de problèmes. La particularité de cette approche, réside dans son cadre d'application et dans les stratégies d'activités *in vivo* qu'il propose. Ces deux caractéristiques remplissent entièrement les

conditions essentielles, selon le MOH, pour que les changements obtenus lors de la thérapie soient significatifs et véritables (Kielhofner, 2002, p. 42). En effet, l'IPT incite la répétition des habiletés travaillées afin d'assurer leur intégration chez les participants. Par l'expérimentation du succès, il déprogramme les attentes d'échec et permet progressivement la reconstruction des déterminants personnels (motivation à l'essai, confiance en soi et en ses habiletés, etc.). Finalement, l'IPT met en place les conditions de stabilité requises par l'environnement pour solidifier et maintenir le changement obtenu chez la personne (Kielhofner, 2002, p. 42). Rappelons que selon le MOH, les améliorations souhaitées à la structure occupationnelle proviennent de la capacité de la thérapie à favoriser l'engagement de la personne.

ÉVALUATIONS SOMMATIVES ET RECOMMANDATIONS

En accord avec la démarche proposée par le MOH, la mesure des résultats de l'intervention réalisée auprès de Guillaume s'est effectuée avec les mêmes outils de mesure (OPHI-II et ACIS) que lors de l'évaluation initiale. Ceci a l'avantage de situer précisément, pour chacune des composantes du modèle, quelles ont été les acquisitions spécifiques de Guillaume, suite au processus de thérapie (entre avril 2004 et mars 2005). En plus de livrer une mesure objective valide des changements obtenus, l'OPHI-II s'attarde également à la mesure subjective, selon le point de vue de la personne. Les résultats de l'OPHI-II (figure 11) révèlent des améliorations significatives à la fois de l'identité occupationnelle (52 ± 4 écarts-type), de la compétence occupationnelle (44 ± 4 écarts-type) et de l'environnement de Guillaume (55 ± 5 écarts-type). À travers ces résultats, nous constatons que l'énoncé « attentes de succès » a progressé de deux échelons et a été un facteur très favorable à l'amélioration des autres composantes de ses déterminants personnels soit : la confiance, le sens des responsabilités et la motivation. Ceux-ci ont également eu un effet positif sur ses engagements et ses obligations et ils lui ont permis d'actualiser de nouveaux objectifs personnels. Ces résultats se concrétisent par une augmentation des tâches quotidiennes réalisées au sein de l'entreprise familiale, une plus grande part aux responsabilités domestiques (ménage de sa chambre, aspirateur une fois

par semaine pour la maison entière, collaboration journalière à la préparation des repas) et une participation autonome à un groupe communautaire local. De plus, les intervenants constatent la reprise de certains intérêts antérieurs (sorties au cinéma, chorale, ordinateur, télévision et contacts avec les amis du collège).

En ce qui a trait aux habiletés de communication et d'interaction, des améliorations notables viennent appuyer davantage la reprise du contrôle de Guillaume sur certains événements de son quotidien (tableau 10). Les résultats démontrent que les domaines « support physique » de ses communications et « échange d'information » ne présentent plus qu'une seule habileté inefficace. Les effets positifs de ces progrès se répercutent sur la capacité de Guillaume à mieux exprimer ses besoins quotidiens au lieu de se retirer, et à faire preuve d'une compétence sociale plus adaptée lorsqu'il doit composer avec les demandes journalières de l'environnement. Par contre, le domaine « relations », malgré certaines améliorations, demeure plus faible.

Pour parachever ce survol des progrès réalisés par Guillaume, nous constatons que les éléments de son environnement supportent davantage ses comportements occupationnels. En effet, Guillaume ne nécessite plus le même encadrement familial pour structurer sa routine de base et pour maintenir sa participation dans l'horaire de la journée. Par lui-même, il situe les stratégies qui vont lui permettre de remplir les vides de sa routine afin d'éviter l'envahissement de sa pensée par les fausses perceptions, toujours présentes. De plus, les demandes des groupes sociaux de la vie familiale et des loisirs sont nettement plus présentes, constantes et adaptées à ses capacités réelles et moins orientées vers le mode « protection » vis-à-vis de Guillaume. Un dernier aspect positif à souligner concernant l'environnement de Guillaume est le réaménagement de sa chambre par ses parents ainsi qu'une pièce supplémentaire lui offrant plus d'espace. Il a pu adapter ces pièces selon ses besoins de jeune adulte (ordinateur, système de sons, téléviseur et vidéos, etc.), lui offrant plus d'intimité.

En terminant, les mesures objectives du fonctionnement occupationnel de Guillaume et celles de ses perceptions subjectives démontrent, toutes les deux, un bon degré de satisfaction. Ces résultats sont conformes à ceux obtenus lors d'une étude réalisée sur le niveau de satisfaction des participants à l'approche IPT (Briand et al., 2005).

Malgré les améliorations notées, l'analyse des données révèle que la thérapie n'a pas eu le rendement escompté, pour agir de façon significative, sur les éléments « a des buts et des projets personnels » et « identifie un mode de vie préféré » de l'identité occupationnelle de Guillaume. De plus, le rendement de la compétence occupationnelle de Guillaume reste plus faible (44 ± 4 écarts-type) et nous incite à nous questionner sur le maintien de sa stabilité à long terme. Même si Guillaume gère mieux sa routine et que ses formes occupationnelles sont plus efficaces qu'avant, il n'atteint pas les normes culturellement attendues de son environnement et ce, principalement, pour les activités de la vie quotidienne reliées aux sphères : travail productif et de loisirs (sorties avec les amis et une partenaire). De plus, le domaine « relations » rattaché aux habiletés de communication et d'interaction de Guillaume est moins efficace et le maintien d'un contact relationnel continu, de sa part, demeure un effort constant. Pour les raisons citées antérieurement, Guillaume sera invité à des relances (*Booster sessions*) afin de maintenir son rendement actuel. Selon Briand et al. (2005, p. 88), l'objectif de ces relances consiste à stimuler les acquis réalisés lors de l'IPT, à travailler (concrètement) les difficultés rencontrées par les participants depuis la fin de la thérapie et à préparer la fin du programme en favorisant graduellement le développement d'une nouvelle routine. En terminant, nous répétons que la finalité de toute cette démarche consiste à réduire les conséquences de la maladie et à optimiser la qualité de vie quotidienne de Guillaume. Dans la poursuite de cette orientation, Guillaume a été référé, avec son accord, à un programme de suivi communautaire dont la mission première consiste à poursuivre la stimulation des acquis, directement dans son environnement. De plus, ce même programme offre un encadrement pour un éventuel retour à un travail productif significatif soit de type bénévolat, atelier de travail, stage ou travail régulier (études), selon les capacités de la personne.

LE MOH ET LA VISION CONTEMPORAINE DE L'ERGOTHÉRAPIE

Le Modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner suscite un dynamisme sans précédent de la vision contemporaine de l'ergothérapie. En plus de replacer les propriétés thérapeutiques de l'activité humaine

au centre de son modèle théorique, Kielhofner apporte aux ergothérapeutes un cadre explicatif inégalé pour guider leur raisonnement clinique et obtenir une compréhension nettement plus poussée du fonctionnement occupationnel de la personne. Certaines personnes perçoivent ce modèle comme un canevas intégratif utile pour expliquer le sens unique de l'ergothérapie (Kielhofner, 2004, p. 162). De plus, le Modèle de l'occupation humaine fait entrer l'ergothérapie dans l'univers des données probantes, grâce à son lien continu avec la recherche, sans pour autant négliger l'aspect subjectif du vécu de la personne. À ce jour, plus de quatre-vingts études sur le MOH ont été publiées (Kielhofner, 2004). En ergothérapie, il représente le modèle de référence le plus solide, basé sur l'évidence de la pratique centrée sur le client. De ce fait, il fournit aux cliniciens un cadre d'intervention beaucoup plus précis dont le raffinement des outils cliniques, améliore la pratique et permet une meilleure validation de l'efficacité des interventions. L'objectif ultime de cette démarche consiste à améliorer le processus d'adaptation des personnes présentant un déséquilibre dans leurs occupations (incapacités permanentes ou difficultés passagères) et de leur assurer une meilleure qualité de vie.

Les détracteurs du modèle avancent que son vocabulaire est hermétique et lourd à porter en clinique. Effectivement, les ergothérapeutes qui souhaitent intégrer le MOH à leur pratique nécessitent une certaine période d'acclimatation. Comme le modèle examine, avec précision, toutes les facettes de la personne sous l'angle de l'occupation humaine, sa couverture holistique représente un certain défi. Elle nécessite un processus d'apprivoisement en différents volets. En un premier temps, il est recommandé de se familiariser avec son vocabulaire, typiquement ergothérapique. Par la suite, la sélection d'une ou deux évaluations, plus spécifiques à la problématique fonctionnelle de la clientèle, s'avère la formule idéale pour débuter l'intégration progressive des outils en milieu clinique. En un troisième temps, lorsque ces outils d'évaluations deviennent plus familiers, la formulation des objectifs spécifiques et des stratégies particulières d'intervention par l'activité, selon la vision du MOH, vient compléter le processus d'acquisition du modèle. Kielhofner (2002, 2004) recommande que ces objectifs et stratégies, élaborés selon le modèle, soient partagés avec les personnes aidées afin d'augmenter

leur implication dans le processus de changement. Il préconise également que les grandes lignes du modèle soient enseignées aux patients et aux membres de l'équipe interdisciplinaires qui travaillent avec l'ergothérapeute. Finalement, ceux et celles qui persévéreront dans leur démarche intégrative vont découvrir, au quotidien, la richesse et les ressources inégalées de ce modèle pour guider leur pratique clinique et, surtout, mieux aider les personnes suivies en ergothérapie. Il va de soi que la formation continue, sous forme d'ateliers spécialisés sur le modèle, et le support mutuel entre collègues sont des atouts indéniables au succès de l'intégration du MOH.

En terminant, malgré le fait que le MOH s'appuie sur une forte tradition de recherche, orientée vers la validation des concepts théoriques du modèle et de ses outils d'évaluation, Kielhofner et ses collaborateurs (2004) souhaitent, lors des recherches futures, documenter davantage les résultats cliniques obtenus lors de l'application du MOH. Dans ce contexte, la validation transculturelle (en langue française) des outils du modèle appuiera cette direction de recherche.

Tout compte fait, le Modèle de l'occupation humaine renforce de façon évidente l'identité et la compétence de l'ergothérapie. C'est pourquoi la communauté des ergothérapeutes francophones a tout intérêt à connaître ce modèle de référence qui se développe aux quatre coins du monde et qui représente une fierté inégalée pour la profession.

BIBLIOGRAPHIE

AOTA. (2002). « Occupational Therapy Practice Framework : Domain and Process. » AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY. 56, 609-639.

BARON, K., KIELHOFNER, G., IYENGER, A., GOLDHAMMER, V., WOLENSKI, J. (2002). THE OCCUPATIONAL SELF ASSESSMENT (OSA). Version 2.0. Chicago : University of Illinois at Chicago.

BRIAND, C., BÉLANGER, R., HAMEL, V., NICOLE, L., STIP, E., REINHARZ, D., LALONDE, P., LESAGE, A. D. (2005). « Implantation multisite du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie. » Élaboration d'une version renouvelée. SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC. 30, 73-95.

BRIAND, C., VASILIADIS, H.M., LESAGE, A. D., LALONDE, P., STIP, E., NICOLE, L., REINHARZ, D., PROUTEAU, A., HAMEL, V., VILLENEUVE, K. (soumis). « Including Integrated Psychological Treatment (IPT) as part of standard medical therapy for patients with schizophrenia : clinical outcomes. » Soumis au JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE.

BRUCE, G., M. A., BORG, B. (2002, 3e éd.). PSYCHOSOCIAL FRAMES OF REFERENCE CORE FOR OCCUPATION-BASED PRACTICE. Thorofare : Slack Incorporated.

CORBIÈRE, M., BRIAND, C. (2004, chap.14). « Évaluation en réadaptation psychiatrique : Concepts et outils. » Dans : LECOMTE, T., LECLERC, C. (Eds), MANUEL DE RÉADAPTATION PSYCHIATRIQUE. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

DE LAS HERAS, C. G., GEIST, R., KIELHOFNER, G., LI, Y. (2004). THE VOLITIONAL QUESTIONNAIRE, VQ. Version 4.0. Chicago : University of Illinois at Chicago.

FISHER, A. G. (2003, 5e éd.). ASSESSMENT OF MOTOR AND PROCESS SKILLS, VOLUME 1 : DEVELOPMENT, STANDARDIZATION, AND ADMINISTRATION MANUAL. Colorado : Three Star Press.

FORSYTH, K., KIELHOFNER, G. (2003, chap.4). « Model of Human Occupation. » Dans : KRAMER, P., HINOJOSA, J., ROYEEN, C. (Eds), HUMAN OCCUPATION PARTICIPATION IN LIFE. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

FORSYTH, K., DESHPANDE, S., KIELHOFNER, G., HENRIKSSON, C., HAGLUND, L., OLSON, L., SKINNER S., KULKARNI, S. (2005). THE OCCUPATIONAL CIRCUMSTANCES ASSESSMENT INTERVIEW AND RATING SCALE, OCAIRS. Version 3.0. Chicago : University of Illinois at Chicago

FORSYTH, K. A., LAI, J., KIELHOFNER, G. (1999). « The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) : Measurement properties. » BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 62 (2), 69-74.

FORSYTH, K., SALAMY, M., SIMON, S., KIELHOFNER, G. (1998). THE ASSESSMENT OF COMMUNICATION AND INTERACTION SKILLS, ACIS. Version 4.0. Chicago : University of Illinois at Chicago.

HAGERDORN, R. (2001, 3e éd.). FOUNDATIONS FOR PRACTICE IN OCCUPATIONAL THERAPY. London : Churchill Livingstone.

KIELHOFNER, G. (2004, 3e éd.). CONCEPTUAL FOUNDATIONS OF OCCUPATIONAL THERAPY. Philadelphia : F. A. Davis Company.

KIELHOFNER, G. (2002, 3e éd.). A MODEL OF HUMAN OCCUPATION : THEORY AND APPLICATION. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins.

KIELHOFNER, G., MALLINSON, T., CRAWFORD, C., NOWAK, M., RIGBY, M., HENRY, A., WALENS, D. (1998). THE OCCUPATIONAL PERFORMANCE HISTORY INTERVIEW, OPHI-II. Version 2. Chicago : University of Illinois at Chicago.

KIELHOFNER, G. (1995, 2e éd). A MODEL OF HUMAN OCCUPATION : THEORY AND APPLICATION. Baltimore : Williams & Wilkins.

LECOMTE, T., LECLERC, C. (2004). MANUEL DE RÉADAPTATION PSYCHIATRIQUE. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

MEYER, S. (1997). LE PROCESSUS DE L'ERGOTHÉRAPIE. Lausanne : École d'Études sociales et pédagogiques.

MOSEY, A. C. (1986). PSYCHOSOCIAL COMPONENTS OF OCCUPATIONAL THERAPY. New York : Raven Press.

OMS (2001). CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ. Genève : Organisation mondiale de la santé.

PARKINSON, S., FORSYTH, K., KIELHOFNER, G. (2004). MODEL OF HUMAN OCCUPATION SCREENING TOOL, MOHOST. Version 1.1. Chicago : University of Illinois at Chicago.

PICHETTE, V. (2003). PRÉSENTATION DE L'OUTIL D'ÉVALUATION : MODEL OF HUMAN OCCUPATION SCREENING TOOL (MOHOST) ET APPLICATION CLINIQUE. STAGE CLINIQUE EN ERGOTHÉRAPIE, document non publié. Québec : Hôtel-Dieu de Québec.

POMINI, V., NEIS, L., BRENNER, H. D., HODEL, B., RODER, V. (1998). THÉRAPIE PSYCHOLOGIQUE DES SCHIZOPHRÈNES. Sprimont : Mardaga Éditeurs.

RASCH, G. (1980). PROBABILISTIC MODELS FOR SOME INTELLIGENCE AND ATTAINMENT TESTS. Chicago : University of Chicago Press.

REED, K. L. (1991). QUICK REFERENCE TO OCCUPATIONAL THERAPY. Maryland : Aspen Publishers.

REILLY, M. (1971). « Occupational Therapy-A Historical Perspective : The Modernization of Occupational Therapy. » AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY. 25(5), 243.

SCHKADE, J. K., SCHULTZ, S. (1992). « Occupational Adaptation : Toward a Holistic Approach for Contemporary Practice. » Part 1. AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY. 46, 829-837.

ANALYSE TRANSACTIONNELLE EN ERGOTHÉRAPIE

PATRICIA ROBERTS

Je remercie tout particulièrement Françoise Ray et Barbara Schmid qui, par leur double regard d'ergothérapeutes diplômées et d'analystes transactionnelles en formation, ont apporté leur contribution à ce travail. Merci également à Jenni Hine et Paola Nadas, formatrices et psychothérapeutes TSTA, pour leurs supervisions. Merci aux étudiantes en ergothérapie à Lausanne, Sylvie Merolli, Marlène Métral et Céline Schmutz, et aux membres du groupe de formation de l'école d'analyse transactionnelle de Lausanne qui ont travaillé sur ce thème.

L'analyse transactionnelle s'inscrit dans le courant humaniste et trouve ses racines dans les théories de la communication, la psychanalyse et la pratique de groupe. Définie par l'Institut français d'analyse transactionnelle comme une théorie de la personnalité et une psychothérapie systématique en vue d'une croissance et d'un changement personnel, elle est centrée sur l'observation des comportements, l'expérience intrapsychique et les échanges interpersonnels. L'originalité de son fondateur, Éric Berne (1910-1970), selon De Meuron (2002), a été de construire un ensemble de concepts psychodynamiques directement vérifiables dans la réalité et enracinés dans la pratique clinique.

En s'intéressant aux obstacles et aux entraves qui empêchent les personnes d'atteindre l'autonomie et l'épanouissement de soi, l'analyse transactionnelle propose un modèle concret et proche de l'action pour aider les personnes à sortir de leur univers scénarique limitatif ou destructif. Cette approche aide à agir avec conscience et à retrouver le maximum de spontanéité, d'authenticité et d'intimité dans les relations.

L'analyse transactionnelle donne une importance non négligeable à l'aspect relationnel. En qualité d'ergothérapeutes, nous nous intéressons plus particulièrement à la possibilité qu'offre ce modèle de rendre la personne consciente de ses actes, de sa participation aux activités diverses ou encore à sa manière de les réaliser. Dans ce travail, nous voulons comprendre les influences mutuelles de l'ergothérapie et de l'analyse transactionnelle pour aider une personne à changer et à atteindre un certain degré d'autonomie. Nous verrons les limites du modèle d'analyse transactionnelle en ergothérapie et préciserons les différences entre de la psychothérapie et de l'ergothérapie. Nous avons choisi d'illustrer nos propos à l'aide d'une situation fictive se passant au domicile d'un couple qui demande de l'aide au centre médico-social de la région.

CADRE GÉNÉRAL

L'analyse transactionnelle propose des principes philosophiques sous forme d'affirmations concernant les personnes, la vie et les objectifs de changement : toute personne a de la valeur, une capacité à penser et à décider de sa destinée, et ces décisions peuvent être changées à tout moment. L'insatisfaction viendrait ainsi d'un besoin psychologique non exprimé ou non satisfait. Ces besoins sont décrits dans la littérature comme des besoins de reconnaissance, de structure, de position de vie et de stimulation. Le bonheur dépend, selon cette hypothèse, de notre capacité à savoir recevoir, donner, demander, refuser et se donner à soi-même. Pour mieux comprendre cette approche, nous empruntons à l'analyse transactionnelle des références théoriques et pratiques de trois de ses principales écoles (Stewart & Joines, 2000).

L'école classique, développée par Éric Berne et ses associés, propose au client un cadre individuel et un traitement en groupe. Le processus de groupe est considéré comme essentiel dans cette école. L'analyse porte

sur la compréhension de la mise en place du scénario d'une personne et de ses motivations à pouvoir s'en détacher ou se limiter à ce scénario. L'analyse des états du moi y est essentielle et permet de traiter les contaminations. La thérapie est contractuelle, tout comme en ergothérapie.

L'école développée par Bob et Mary Goulding mélange des techniques de *Gestalt*-thérapie et d'analyse transactionnelle. Elle propose une technique de « redécision » (Goulding, 1979) afin d'aider la personne à sortir d'un scénario limitatif ou destructif. Le travail se fait souvent en groupe sans se centrer pour autant sur le processus de groupe. La personne se trouve coincée entre deux forces psychiques internes et se sent alors dans une impasse. La tâche du thérapeute est d'amener la personne à converser avec ces forces en conflit. Les sentiments réprimés peuvent alors remonter à la surface et trouver du sens dans le contexte de vie actuelle et passée.

L'école du Cathexis Institute développée par Jacqui Lee et Mary Schiff encourage les personnes à penser, à agir pour résoudre leurs problèmes et sortir de la passivité et des symbioses. Les membres du groupe apprennent à exprimer leurs besoins dans un cadre bienveillant.

AXES PRINCIPAUX DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Ce chapitre nous aide à comprendre comment l'ergothérapeute peut, à l'aide du modèle de l'analyse transactionnelle, récolter les données utiles au traitement, réaliser le traitement et enfin évaluer ce dernier. Nous cherchons donc à mettre en évidence les influences d'un modèle, comme l'analyse transactionnelle, sur le processus thérapeutique en ergothérapie et inversement. La situation de Justine et son mari nous permettent une illustration de cette double influence.

Justine, 72 ans, est dans son lit à domicile et ne veut plus en sortir. Elle se décrit sans force et pense que son mari est bien mieux placé qu'elle pour faire à sa place ses activités de la vie de tous les jours. Elle accepte difficilement que nous lui proposions de sortir de son lit et se dévalorise lorsqu'elle tente de le faire. Elle a eu un malaise quelques jours auparavant et depuis elle ne fait plus rien. Son discours est double par rapport à son mari. Parfois, elle en parle comme s'il s'agissait d'un sauveur pour elle alors qu'à d'autres moments, ses allusions sont acerbes. Elle en veut à son mari de cette situation. Son mari se dit démuni et ne sait comment agir pour aider sa femme. Il s'épuise selon ses mots.

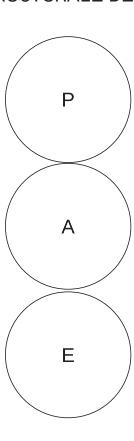
L'ANALYSE ET LE DIAGNOSTIC DES ÉTATS DU MOI

L'analyse des états du moi et ses possibilités diagnostiques sont à la base de la compréhension de tous les autres concepts en analyse transactionnelle. L'analyse des états du moi fournit un modèle englobant de la structuration de la personnalité adulte (modèle structural) ainsi qu'une possibilité d'analyser les transactions et les jeux psychologiques entre différentes personnes (modèle fonctionnel). Elle propose trois systèmes d'enregistrement et de comportement étudiés chez tout individu ; ce sont les états du moi Parent, Adulte et Enfant. Notre psychisme en est structuré et fonctionne à travers eux (Berne, 1977 ; Hine, 1997 ; Grégoire, 2000 ; De Meuron, 2002). Un état du moi est défini comme « un ensemble cohérent de pensées et de sentiments directement associé à un ensemble correspondant de comportements » (Stewart & Jones, 2000, p. 31). Cette métaphore des trois états du moi Parent, Adulte et Enfant est intéressante, elle ne devrait pourtant pas être prise pour une réalité objective.

Le diagnostic des états du moi dépend quant à lui d'une combinaison d'observations comportementales et sociales faites par le thérapeute, et de données historiques et subjectives fournies par le client.

Cette analyse, présentée à la figure 10, met l'accent sur les manifestations phénoménologiques de l'individu. Lorsque la personne se vit, ici

FIGURE 10 :
ANALYSE STRUCTURALE DE PREMIER ORDRE DANS LE MODÈLE STRUCTURAL.



et maintenant, dans l'état du moi Parent (P), elle se trouve dans l'état d'esprit d'un de ses parents ou substitut parental. Elle va donc réagir comme ce parent avec les mêmes attitudes, gestes, vocabulaire, sentiments, pensées.

Justine se montre très critique envers son mari. Le fait-elle à partir d'un état du moi Parent ? Ses propres parents avaient-ils ces mêmes attitudes envers elle ? Nous verrons comment la technique d'« auto parentage » aide l'ergothérapeute à intervenir sur cet état du moi Parent.

Dans l'état du moi Adulte (A), la personne apprécie la situation de manière autonome, objective et peut rendre compte sans préjugé des processus de pensée ou des problèmes qui se posent et des conclusions qui s'y rapportent.

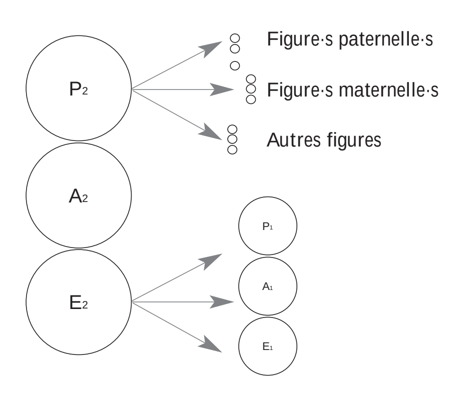
Justine utilise très peu cet état du moi pour parler de sa situation. Elle fonctionne avec un état du moi Adulte « contaminé » et ne peut donc pas l'utiliser de manière optimale. Nous verrons comment l'ergothérapeute l'aide à « décontaminer » cet état du moi Adulte.

Si nous nous comportons, pensons ou ressentons les choses telles que nous le faisions lorsque nous étions petits, nous sommes dans notre état du moi Enfant (E).

Justine était souvent malade lorsqu'elle était enfant. Aujourd'hui, en restant alitée, elle semble ressentir et penser de la même manière qu'étant petite. Ce vécu actuel peut être lié à une décision ancienne. Nous comprendrons, en ergothérapie, comment amener la personne à conscientiser cette décision et à la changer.

FIGURE 11 :

ANALYSE STRUCTURALE DE SECOND ORDRE DANS LE MODÈLE STRUCTURAL.



L'analyse structurale de second ordre (figure 11) permet d'illustrer le développement de la personnalité et la mise en place du scénario d'une personne.

En début de traitement, nous ne savons rien de Justine à ce propos. Pour comprendre son comportement actuel, l'analyse de second ordre s'avère aidante.

Le E1 représente l'Enfant biologique et somatique : sensations, perceptions, réflexes, adaptation primitive à tous les niveaux de développement. Ce système E1 est utile pour remonter la trace des motivations de l'individu. Il est le siège des émotions premières, des besoins, des désirs et des peurs les plus authentiques de chacun.

Justine se souvient que sa mère travaillait beaucoup et n'avait pas de temps pour elle. Si elle était très malade, sa mère restait auprès d'elle et ne partait pas.

Dès les premiers mois, A1 se met en place. Source de curiosité, de créativité, d'humour, de plaisir et d'excitation dans la découverte, c'est par ce sous-système A1 que l'enfant, et, plus tard, la personne devenue adulte, vont tirer des conclusions correspondant à la perception de la réalité d'un tout jeune enfant. A1 est comme l'architecte du scénario. Il élabore des décisions pour assurer sa survie. Il cherche à s'exprimer en devinant et en composant avec les attentes de l'environnement. Pratiquement, A1 est investi dans les moments où l'enfant passe par le processus de séparation-individuation. Vers 3-4 ans, c'est la fin de sa croissance rapide. Ensuite, c'est plutôt A2 qui est investi.

Qu'est-ce que Justine a pensé d'elle-même, d'autrui et de la vie lorsqu'elle était malade ? A-t-elle élaboré inconsciemment des stratégies de survie, des décisions pour obtenir ce dont elle avait besoin ?

P1 est fortement investi jusqu'à 2 ans. Sensible à ce qui se passe dans son environnement, ce sous-système stocke notamment les injonctions et les conclusions de survie. P1 rend ainsi le monde plus ou moins prévisible et favorise des comportements adaptatifs qui vont maintenir la personne en charge de l'enfant impliquée. Chez la personne adulte, ce Parent dans l'Enfant réagit presque automatiquement aux messages diffusés par son système Parent (P2). E1, A1 et P1 forment ensemble E2.

Si Justine a élaboré très tôt des stratégies de survie et a pris des décisions inconscientes pour obtenir ce dont elle avait besoin dans sa vie, ces décisions sont stockées dans ce sous-système P1. Les injonctions parentales sont aussi stockées dans P1. Si ces décisions et injonctions ne sont pas reconsidérées, elles continuent à influencer la vie de la personne adulte.

A2 reçoit un investissement croissant dès lors qu'apparaissent l'acquisition du langage et la fonction symbolique. Contrairement au A1, ce sous-système ne cherche pas à deviner. Il se constitue lorsque l'enfant explore activement et de manière consciente son environnement, hors de la pulsion d'attachement infantile. L'attention est absorbée par des objets et des événements en dehors de l'enfant lui-même.

Comment Justine a pu explorer activement son environnement et comment le fait-elle aujourd'hui ?

P2 correspond à l'enregistrement interne de la façon dont les parents et les figures parentales se sont comportées vis-à-vis de l'enfant. Nous pouvons distinguer à l'intérieur du P2 les valeurs introjectées des grands-parents paternels et maternels, la façon propre des parents de résoudre leurs problèmes, leurs affirmations et enfin aussi les sentiments des parents. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce sous-système P2 se construit indépendamment des sentiments éprouvés par la personne elle-même.

Justine a-t-elle reçu de ses parents des valeurs qui influencent son comportement avec son mari aujourd'hui ? Se calque-t-elle sur la manière de faire de ses propres parents pour résoudre ses problèmes aujourd'hui ?

L'analyse fonctionnelle classe et décrit des phénomènes observables et interpersonnels. Une des fonctions d'un parent est de définir la réalité en termes de règle et de valeur. Lorsque j'observe ce comportement chez un individu, je vois à l'œuvre un Parent normatif (critique) qui fonctionne. Le Parent nourricier (surprotecteur) est en fonction lorsque j'observe des soins donnés, un apport de responsabilité, de nourriture, de protection. L'Adulte (Adulte contaminé) en fonction traite les informations internes et externes avec plus ou moins de réalisme. L'Enfant adapté se reconnaît à ses comportements de soumission ou de rébellion. Il se comporte d'une manière conditionnée vis-à-vis d'autres personnes qu'il voit comme des figures parentales. L'Enfant naturel, libre ou spontané, s'exprime librement sans se préoccuper des autres qu'il

ne considère pas comme des figures parentales. Aujourd'hui, Justine se retrouve dans son lit. Elle se sent sans ressource (Enfant adapté). Elle est fâchée avec son mari (Enfant adapté) qui ne peut l'aider comme elle le souhaite (Parent critique).

LE COMPORTEMENT

Un cadre de référence théorique comme l'analyse transactionnelle permet de donner du sens et des éléments de compréhension à ce qui est observé en même temps qu'un guide pour les observations. Le tableau 11 proposé par Gysa Jaoui et Marie-Claude Gourdin (2001) aide à repérer les indicateurs des états du moi du modèle fonctionnel. Nous ne retenons qu'une illustration par case :

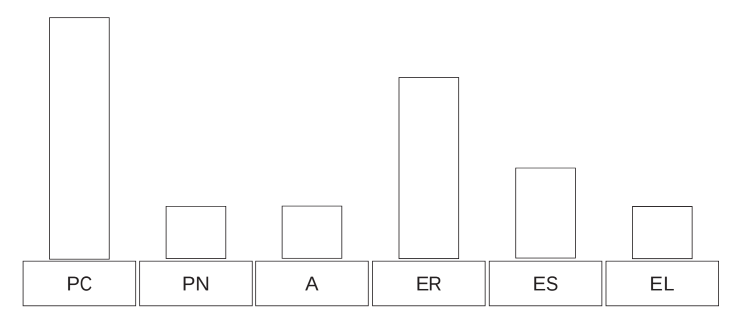
TABLEAU 11 : INDICATEURS PERSONNELS D'ÉTAT DU MOI (JAOUI, GOURDIN, 2001, P. 29).

	P Normatif	P Nourricier	Adulte	Enfant libre	Enfant adapté
Gestes	index pointé	bras ouverts	calmes, clairs	spontanés	renfrogné, mal à l'aise
Expressions	autoritaires	compatissantes	détendues	vives, directes	boudeuses, plaintives
Phrases type	il faut, …	je comprends…	où ? quand ? …	chic, oh !	il a…, on…

Dusay (1977) propose, pour sa part, de rendre compte de la manière dont un individu apparaît aux autres. Il donne, sous forme d'histogrammes et en utilisant l'analyse fonctionnelle, une idée de la répartition de la quantité d'énergie évaluée et répartie dans chacun des états du moi. Nous présentons à la figure 12, à l'aide de son livre *Egograms*, notre vision de Justine telle qu'elle nous apparaît au moment de l'évaluation formative :

Ce que j'observe chez Justine, c'est principalement des manières d'être et d'agir de Parent critique (juge l'aide de son mari, se juge, ...) et d'Enfant adapté, soumis et rebelle (ne peut dire sa colère directement, reste dans son lit sans vouloir en sortir, attend des soins de manière inconditionnelle, ...). Il serait évidemment intéressant, en traitement, de proposer à Justine de se définir elle-même avec ce même outil d'évaluation et de comparer les histogrammes.


FIGURE 12 :
EGOGRAMME DE JUSTINE TELLE QU'ELLE NOUS APPARAÎT LORS DE L'ÉVALUATION



LES TRANSACTIONS

L'analyse des transactions est une méthode d'observation des échanges interpersonnels. Dans ce cadre, une transaction est l'unité de base du discours social. Lorsque je suis en communication avec autrui, je peux le faire à partir de n'importe lequel de mes trois états du moi (stimulus) et l'autre peut me répondre (réponse) à partir de n'importe lequel des siens. Selon ces possibilités de communication, trois groupes de transactions sont possibles : les transactions simples (complémentaires ou croisées), les transactions doubles (cachées ou angulaires) et les transactions de redéfinition (tangentielle). Les transactions doubles sont à l'origine des jeux psychologiques. Deux messages sont émis en même temps. Le premier est un message ouvert, de niveau social, alors que le second est un message caché de niveau psychologique. Les messages ouverts sont souvent de type A-A, les messages psychologiques sont plutôt de type P-E ou E-P. Les transactions de redéfinition empêchent la personne de résoudre activement un problème. Le répondeur élude la question en prenant la tangente, c'est pourquoi nous appelons aussi ces transactions des transactions tangentielles (Stewart & Joines, 2000).

L'analyse transactionnelle vise la compréhension, la prévision et la modification des échanges entre les personnes. Son rôle (Berne, 1977) est d'établir le contrôle social grâce à l'Adulte qui garde le pouvoir exécutif dans ses rapports avec les autres, même quand ces derniers essaient, consciemment ou inconsciemment, d'activer l'Enfant et le Parent.

Par son attitude, Justine active le plus souvent l'état du moi Enfant adapté de son mari ou un état du moi Parent nourricier surprotecteur. Elle-même n'arrive plus à prendre du recul sur ce qui lui arrive. Le couple ne parvient pas à rétablir un contrôle social.

LA STRUCTURATION DU TEMPS

Nous pouvons subdiviser l'occupation de notre temps de six manières différentes selon le concept de structuration du temps en analyse transactionnelle : le retrait, le rituel, le passe-temps, l'activité, le jeu et l'intimité. En retrait, la personne ne cherche pas de contact avec autrui. Quand nous rencontrons une personne jusqu'alors inconnue, le rituel nous permet d'aborder l'autre d'une manière prudente et de nous rendre compte de notre envie de poursuivre l'échange ou non. Le passe-temps permet des conversations plus longues. Il facilite l'approche des autres et permet en outre de repérer chez l'autre ses goûts, ses intérêts, ses valeurs et cela le plus souvent d'une manière inconsciente. En décidant de continuer cette relation, nous avons ainsi le choix de réaliser des activités ensemble, nous pouvons aussi nous trouver dans des jeux ou de l'intimité. L'intimité est un type d'échange considéré par Berne comme le plus difficile. L'intimité suppose un contact authentique qui implique confiance et bienveillance réciproques, renoncement à vouloir contrôler l'autre (le niveau psychologique de l'échange correspond au niveau social) et une capacité à vivre dans le présent en s'abandonnant aux sentiments du moment tout en les exprimant adéquatement (Le Guernic, 2004).

En tant qu'ergothérapeute, nous utilisons l'activité comme structuration de notre temps et de notre traitement. L'activité est orientée vers un but, elle est donc structurée non par la répétition, comme dans le rituel ou le passe-temps, mais par le résultat visé. L'activité nous permet d'assouvir nos soifs de reconnaissance, de structure, de stimulation et de position. Dans l'activité, les personnes concentrent leur énergie pour obtenir un résultat concret et dans ce cas, l'Adulte est l'état du moi prédominant. Ainsi, en proposant une activité à un patient, nous lui proposons aussi un moyen de revenir à sa pensée, à ses comportements et à ses sentiments Adultes et nous l'aidons à établir un contrôle social. L'activité peut servir, dans certaines situations (activités productives à

outrance, loisirs intensifs, …), à passer le temps ou à éviter un problème. Dans ce cas, l'activité est un refuge plus qu'un stimulant pour agir dans la réalité. L'activité, utilisée à des fins symboliques ou créatrices, peut mobiliser chez le patient un état du moi d'Enfant libre qui peine souvent à être investi chez les personnes atteintes dans leur santé mentale. Ces activités créatrices sont souvent hautement satisfaisantes en elles-mêmes grâce à la mobilisation de l'énergie psychique de l'Enfant libre (Cardon, Lenhardt & Nicolas, 2004 ; Raquin, 2004).

LES JEUX

Le gros des échanges sociaux se résume pour Éric Berne (1977) en engagements de deux types, les passe-temps et les jeux. Le passe-temps sert le plus souvent à éviter l'intimité, un sentiment de culpabilité ou de désespoir. Il peut toutefois arriver à des gens heureux ou bien organisés de s'adonner à un passe-temps social pour lui-même et d'en tirer satisfaction. La relation dure aussi longtemps qu'elle entraîne des bénéfices suffisants. Tout individu « joue », selon Berne (1975), en vue d'obtenir des bénéfices en lien avec son scénario. Un jeu est donc « le déroulement d'une série de transactions cachées, complémentaires, progressant vers un résultat bien défini, prévisible » (p. 50). Justine est surtout dans le retrait et les jeux. Quel résultat défini et prévisible vise-t-elle inconsciemment ?

Garibal (1999) donne une vue synthétique et ludique des principaux jeux décrits par Berne. Le jeu « oui, mais » sert à démontrer à l'autre qu'il ne peut m'apporter aucune solution au problème dont je suis victime, quitte à exaspérer mon interlocuteur. Le jeu « sans toi » accuse l'autre de mes propres échecs. Le jeu « battez-vous » charge les autres de mes responsabilités. Le jeu « schlemazl » me permet de pardonner à quelqu'un la faute… que je lui fais commettre. Le jeu de « l'alcoolique » me permet de contracter un grave défaut pour en subir ensuite les conséquences, me punir et être pris en charge. Le jeu « regarde ce que tu m'as fait faire » sollicite une aide pour la reprocher ensuite à son sauveteur. Le jeu « stupide » consiste à donner l'impression d'être infantile et bête pour éviter d'être embêté. Le jeu « donnez-moi des coups de pied » me fait me mettre en situation fautive pour être mal jugé et me lamenter ensuite sur mon

sort. Le jeu « maintenant je te tiens salaud » consiste à bien préparer mon coup pour surprendre quelqu'un en faute indiscutable, et l'obliger à reconnaître ses torts… et ma supériorité. Ne perdons pas de vue que ces jeux sont souvent mis en place pour obtenir des signes de reconnaissance, c'est-à-dire se faire reconnaître, se reconnaître soi-même et être aimé des autres. Nous pouvons faire l'hypothèse que Justine est dans un jeu « regarde ce que tu m'as fait faire » avec son mari quand elle critique sa façon de l'aider ou de ne pas l'aider comme elle le souhaite. Nous pourrions dire aussi qu'elle joue à « donnez-moi des coups de pied » ou peut-être même à « l'alcoolique » lorsqu'elle répète ce comportement de retrait au fil des années. Ces hypothèses doivent pouvoir se vérifier avec la patiente. Il semble de toute évidence que Justine rejoue une scène connue en vue surtout d'obtenir de l'attention de son mari.

Lorsqu'un jeu est mis en évidence, les personnes impliquées peuvent investir leur état du moi Adulte pour réfléchir sur le jeu. Elles peuvent comprendre les rôles favoris joués par chaque personne « sauveur, victime, persécuteur » (Karpman, 1968), et enfin chercher diverses options pour sortir de ces jeux. À ce stade de la réflexion, il est possible de mettre en évidence certaines attitudes observées pour aider la personne à voir comment elle agit le jeu. L'analyse de scénario et l'analyse du circuit des sentiments parasites, présentées plus tard dans ce travail, peuvent aider la personne qui souffre à mettre du sens sur ces comportements. Justine se vit comme une victime. Elle a conscience de sa souffrance et agit comme si elle n'avait pas les ressources pour résoudre le problème ou alors comme si elle ne pouvait qu'être heureuse en fonction d'un changement attendu de son mari.

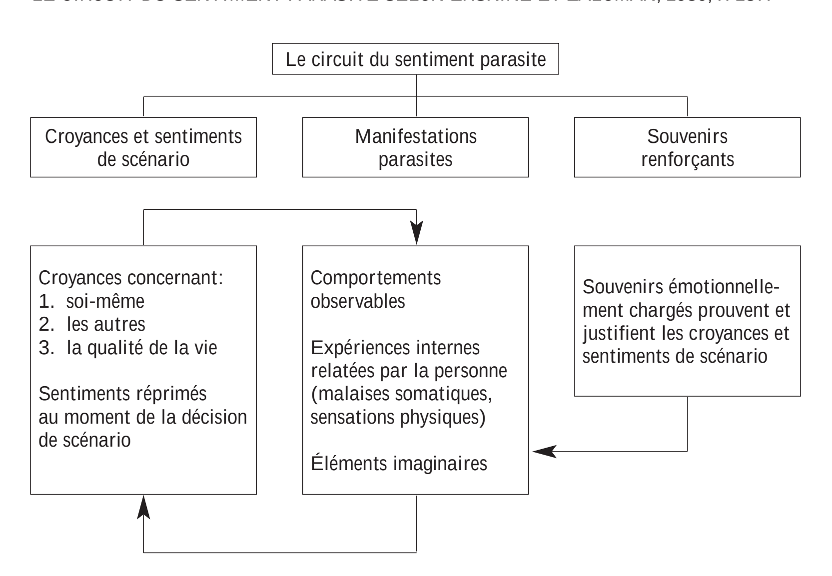
LES SENTIMENTS PARASITES

Le sentiment parasite ou de substitution tient une place de choix dans le scénario d'une personne. Selon Stewart et Joines (2000), ce sentiment est une émotion habituelle, apprise et encouragée dans l'enfance et vécue dans de nombreuses situations de stress. Deux exemples fréquents illustrent ces définitions : une femme en colère contre une injustice se met à pleurer ; une personne ressent le besoin que l'on s'occupe d'elle et s'évertue à s'occuper des autres afin qu'ils lui rendent la pareille sans qu'elle

ait à le leur demander. La personne fait vivre ainsi de façon cachée un sentiment qu'elle ne se donne pas le droit de sentir ou de vivre ouvertement. Comme le sentiment parasite n'est pas authentique, la personne reste insatisfaite car elle n'obtient pas le type de reconnaissance dont elle a réellement besoin. L'expression de sentiments authentiques est, au contraire, un moyen adapté de résoudre des problèmes au présent. Justine ne se donne pas le droit de s'affirmer et de dire ouvertement sa colère et ses besoins à son mari. Comment se permet-elle de recevoir, de demander ? En vivant cette situation, confirme-t-elle de vieilles croyances sur elle, sur autrui ou sur la vie ?

Le tableau du circuit des sentiments parasites montre les liens existant entre un ou des sentiments parasites et les comportements observables et expériences physiologiques qui en découlent. Il montre également comment ces sentiments donnent naissance à des croyances et/ou des souvenirs appartenant plus à un scénario préconstruit qu'à une réalité actuelle.

TABLEAU 12 :
LE CIRCUIT DU SENTIMENT-PARASITE SELON ERSKINE ET ZALCMAN, 1980, P. 187.



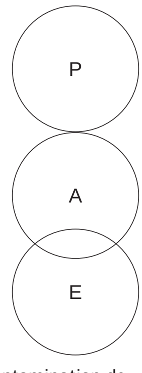
Justine ne se permet pas d'affirmer ses besoins. Ses malaises, maladies et éléments imaginaires se superposent aux comportements d'affirmation de ses besoins ou aux comportements appropriés à la résolution de ses problèmes. Elle semble restreindre ses émotions de colère directe et s'empêcher toute action par la même occasion. Son discours actuel est lié aux épisodes passés. Quand elle dit de son mari qu'il n'a jamais été une aide pour elle, elle se remémore des souvenirs du passé qui renforcent ses croyances et sentiments de scénario.

LE SCÉNARIO

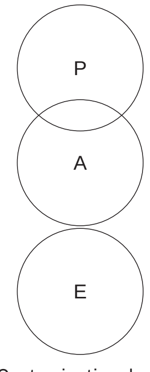
Selon Berne (1983), un enfant enregistre à tout moment deux choses: ce qui lui arrive (P2) et ce qu'il ressent (E1), pense (A1) et décide (P1) à propos de ce qu'il lui arrive. Ainsi l'enfant décide, précocement et souvent inconsciemment, de la meilleure stratégie à adopter pour survivre dans son environnement physique et social et obtenir les stimulations dont il a besoin. Un scénario est «un plan de vie reposant sur des décisions prises dans l'enfance, renforcé par les parents, justifié par des événements ultérieurs, et qui aboutit à une alternative choisie» (p. 371). L'illustration du circuit des sentiments parasites (tableau 12) met en évidence ces croyances et sentiments de scénario ainsi que les conséquences comportementales, physiologiques et cognitives qui en découlent.

Au plan cognitif, l'enfant tente de donner du sens aux expériences vécues en utilisant sa pensée magique d'enfant. L'analyse transactionnelle

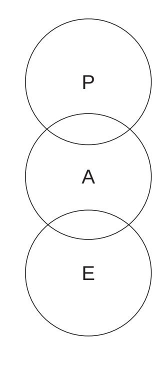
FIGURE 13: ILLUSTRATION DE LA CONTAMINATION (BERNE, 1977, P. 47).



Contamination de l'Adulte par l'Enfant: illusions, délires, phobies,…



Contamination de l'Adulte par le Parent: stéréotypes, préjugés,…



Double contamination de l'Adulte par le Parent et l'Enfant

parle dans ce cas de croyances qui, une fois adoptées, servent aux décisions de scénario et aux conclusions de survie. Lorsque ces croyances ne font pas l'objet d'une véritable analyse de la réalité, la personne agit, pense et ressent la réalité avec un Adulte contaminé. Ainsi, les croyances et les sentiments de scénario sont des contaminations de l'Adulte par le Parent ou l'Enfant (cf. figure 13). Ces contaminations sont ancrées dans les décisions de scénario et les renforcent.

La contamination s'inscrit dans la rubrique de la pathologie structurale lorsque les frontières de l'Adulte se laissent contaminer par le Parent ou l'Enfant et que l'Adulte ne corrige pas ou ne vérifie pas les renseignements faux ou les mauvaises perceptions de la réalité. Selon Stewart et Joines (2000), c'est comme si un état du moi empiétait sur un autre. Ainsi, il peut nous arriver de prendre des idées reçues pour des faits tous les hommes sont des paresseux, c'est dangereux d'être en colère, on ne peut pas faire confiance. Si la personne pense que ces affirmations sont une expression de la réalité, alors elle est dans une contamination par le Parent. Lorsque nous sommes dans une contamination par l'Enfant, la pensée est pleine de croyances de l'enfance, de fantasmes créés par des sentiments que nous prenons pour des réalités quand l'autre me dit non, c'est qu'il ne m'aime pas. Il est donc important de sortir de ces contaminations pour oser être dans la réalité. Le contenu d'une double contamination se composerait de toutes les vieilles croyances déformées qu'une personne a sur elle-même, les autres et le monde. Les meilleurs exemples de contamination nous sont fournis par certains préjugés ou par les illusions et les délires. Une partie du Parent empiète sur l'Adulte lorsqu'il y a préjugés et dans le cas d'illusions, de peurs ou de délires, l'Enfant empiète sur l'Adulte.

Les scénarios névrotiques, psychotiques et psychopathiques sont souvent tragiques et ressemblent fortement aux drames théâtraux. Ils sont limitatifs, destructifs ou autodestructifs. Comme toutes les histoires, celle qui raconte notre vie a aussi ses héros, ses figurants, un thème principal et des intrigues secondaires. Elle a un début, un milieu et une fin. Notre scénario de vie serait, pour Berne (1977, 1983), écrit et composé par nous-mêmes, il y a bien longtemps. Comment Justine a-t-elle appris à se faire entendre ? Qu'a-t-elle déduit d'elle-même, des autres, de la vie ? Comment, à partir de ces éléments, elle transforme la

réalité d'aujourd'hui par ses croyances (contaminations, méconnaissances), ses sentiments (expérience émotionnelle incomplète, sentiments scénariques) et ses comportements (passivité, symbiose, jeux, redéfinitions) ?

Plusieurs questionnaires de scénario sont proposés par divers auteurs, dont Éric Berne (1983). Les réponses à ces questions donnent des renseignements sur la manière d'être en action, de participer aux activités ou de prendre des rôles dans la vie. Ces réponses renseignent non seulement sur le comment mais aussi sur le pourquoi une personne agit comme elle agit. Raymond Hostie (1981-1984) différencie l'univers scénarique de l'univers réel. Pour lui, l'univers scénarique est un univers où la personne se situe au centre et ramène tout à elle. Les jeux psychologiques envahissent la vie de cette personne en renforçant les sentiments parasites et les croyances scénariques. Dans ce contexte, l'univers réel est souvent faussement interprété. La personne risque de perdre alors son ouverture aux réalités extérieures et son accès à ses propres réalités internes. C'est ainsi que des personnes se retrouvent parfois sans intérêt pour l'action ou débordent d'énergie au point de s'autodétruire ou encore se limitent dans les actes, les rôles, la participation, les activités, en opérant une limitation des pensées et des sentiments s'y rapportant.

Un scénario réaliste et constructif peut, selon Berne (1977), être la source d'un grand bonheur. Par la compréhension de notre scénario, nous pouvons mettre en évidence aujourd'hui la capacité de changement de l'individu et sa capacité à réexaminer les facteurs contraignants de sa personnalité, à tout moment de sa vie. Actuellement, des auteurs comme Erskine (2005, avril 16), Summers et Tudor (2001), Cornell (1991) nous font découvrir une pensée constructiviste du scénario. Ils considèrent ce concept comme dynamique et tourné vers la croissance humaine. Maints facteurs de résilience, mis en évidence par Cyrulnik (1998), influencent, selon ces mêmes auteurs, un scénario aussi dramatique soit-il, et cela dès la prime enfance. Les personnes ayant autorité sur l'enfant ne sont donc pas considérées comme seuls éléments déterminants pour sa vie actuelle et future. Tout en considérant le caractère limitatif et destructif que peuvent revêtir certains scénarios, les auteurs contemporains soulèvent leur confiance dans les ressources de changement de l'être humain.

L'analyse transactionnelle propose aux ergothérapeutes un recueil de données qui devrait les aider à repérer les risques pour une personne de se limiter dans les actes, de se détruire, de nuire à autrui ou de répéter des relations insatisfaisantes. Au travers d'activités, l'ergothérapeute peut mettre en évidence ces éléments en apportant du sens aux comportements, sentiments et pensées actuelles. L'implication relationnelle du thérapeute a son rôle à jouer dans le traitement. L'analyse transactionnelle est, dans ce sens, une aide pour les ergothérapeutes.

PROBLÉMATIQUE

LA PARTICIPATION

La notion de coresponsabilité dans l'accomplissement du travail thérapeutique est un facteur curatif important. La méthode est contractuelle et suppose une communication directe. Dès que possible, le patient est invité à participer activement aux évaluations, à la pose des problèmes et à sa thérapie. Au terme des analyses présentées, nous voyons comment ce modèle psychosocial aide à comprendre ce qui motive une personne à agir ou à ne pas agir. Ces analyses permettent de ressortir les obstacles et les ressources de la personne concernée mais aussi ceux liés à son environnement physique et social. Elles permettent un lien entre le vécu actuel et celui du passé. Ce niveau d'analyse propose des hypothèses de compréhension de la situation du patient, que l'ergothérapeute prend soin de vérifier dans la réalité avec le patient et son environnement. Il se peut aussi que ces analyses permettent au thérapeute de comprendre simplement la situation sans pour autant avoir d'objectif de changement avec le patient. Dans une telle situation, la compréhension est surtout une aide pour le thérapeute à ne pas entrer dans des jeux liés à l'envie de guérir (sauveur) ou liés à de la culpabilité (victime ou persécuteur). Justine, au départ, est réfractaire à toute aide en dehors de celle de son mari. Nous devons donc nous imposer et commencer à établir un lien thérapeutique dans ce contexte relationnel ambigu. Par la suite, Justine devient de plus en plus actrice de sa thérapie. Nous pouvons compter sur ses compétences et ses ressources pour venir à bout de ses difficultés.

Le diagnostic médical est pris en compte, il structure le plan de traitement et le choix des interventions. Petruska Clarkson (1992) rappelle à ce sujet le bon usage du diagnostic. Un diagnostic ne devrait pas être un moyen nocif qui permette au thérapeute d'éviter son engagement dans la relation thérapeutique en se créant de fausses certitudes sur le patient. Au contraire, il devrait permettre de prendre en compte les connaissances diagnostiques accumulées durant des années et clarifier ainsi la pensée du thérapeute.

LE CONTRAT

Le contrat revêt, en analyse transactionnelle comme en ergothérapie, une grande importance. Il clarifie les changements visés et assure l'établissement d'une alliance thérapeutique entre le thérapeute et son patient en vue d'une relation de coopération. Le contrat envisage la relation thérapeutique comme un partenariat où chacun apporte ses compétences, ses ressources et ses difficultés. Il donne la permission d'utiliser l'énergie du patient et du thérapeute pour des objectifs accessibles et dans la conscience du niveau de changement auquel ils travaillent. Les aspects de cadre, d'activité et de relation sont clairement définis.

Loomis (1981-1984) classe les niveaux de changement possible en quatre catégories : le contrat de prise en charge (protection, soins médicaux et internement), le contrôle social (intervention de crise et analyse des états du moi), le changement relationnel (thérapie brève avec analyse des transactions, des jeux, des sentiments et croyances scénariques) et le contrat de changement structural (analyse du scénario, redécision, recadrage impliquant de la régression).

Le centre médico-social répond, dans un premier temps, directement à la demande d'aide du mari qui s'épuise. Dans ce cas, le contrat est clairement un contrat de prise en charge des activités que Justine ne peut plus réaliser. Les changements visés sont purement liés à de la prévention d'une aggravation de la situation pour les deux personnes du couple. Un accord entre Justine et l'ergothérapeute permet de situer, plus tard, le contrat à un niveau social. Dans ce cas, l'intervention peut encore être qualifiée d'intervention de crise. Une fois la crise passée, des changements relationnels sont possibles. Les niveaux interrelationnels (analyse des jeux et des transactions) et d'autonomie (analyse structurale, analyse du

circuit des sentiments parasites et analyse de scénario) peuvent débuter dans l'ici et maintenant. À ce niveau de contrat, l'engagement de Justine devient toujours plus important au fil des jours. Un troisième contrat aurait pu viser la prévention de la réapparition de ces comportements au sein du couple. Dans ce cas, la demande doit venir directement du couple ou de Justine. Pour un tel contrat, le cadre thérapeutique demanderait à être modifié en fonction des compétences des personnes en charge de la situation. Une telle demande vise clairement un contrat de changement profond au niveau du scénario. Dans ce cas, il s'agit d'un contrat de changement structural et l'ergothérapie ne convient pas pour un tel cadre thérapeutique.

L'évaluation formative a permis de nous familiariser avec le cadre de référence théorique de l'analyse transactionnelle. Les chapitres suivants nous permettront de comprendre les influences mutuelles et les possibilités qu'offrent l'ergothérapie et l'analyse transactionnelle pour aider une personne à changer et atteindre un certain degré d'autonomie.

PLANIFICATION DU TRAITEMENT

Le plan de traitement en ergothérapie comprend une finalité, des buts et des objectifs de traitement. L'objectif de la thérapie, en analyse transactionnelle, est la réalisation du changement que le client désire accomplir. Réaliser le changement que Justine désire accomplir en début de traitement correspondrait à changer son mari dans le sens de sa volonté. Nous voyons combien ce premier désir est contaminé par une pensée d'Enfant rebelle ou de Parent critique. Le contrat permet donc une clarification de ce qui est possible ou non. Il permet d'orienter les buts et les objectifs du traitement en composant avec la réalité.

Le programme de traitement spécifie comment et dans quelles conditions l'ergothérapeute et le patient vont atteindre les buts et les objectifs de traitement (Meyer, 1997). Dans un premier temps, l'intervention vise à proposer une aide adaptée afin d'éviter un épuisement du mari et de prendre soin de Madame. Dans un deuxième temps, l'ergothérapeute aide Justine à reprendre ses activités de la vie quotidienne. La reprise de ces activités est traitée en même temps que le problème relationnel au sein du couple.

En définissant le plan et le programme de traitement, l'ergothérapeute et l'équipe interdisciplinaire mettent en place un cadre protecteur. L'idée de Protection est une notion importante dans le modèle de l'analyse transactionnelle. Le thérapeute doit pouvoir offrir un cadre thérapeutique protecteur permettant de créer des conditions de sécurité fondamentalement nécessaires au développement sain de l'individu.

APPLICATION DU TRAITEMENT ET TECHNIQUES THÉRAPEUTIQUES

LA DÉCONTAMINATION

Le principe théorique de contamination a déjà été présenté dans l'évaluation formative. La décontamination devrait permettre au patient de vérifier et corriger ses croyances et illusions à propos du réel. Dans « Principles of Group Treatment », Berne (1966) décrit huit techniques d'interventions thérapeutiques Adultes. L'utilisation de ces opérations suit une progression logique visant à la mobilisation, à la décontamination de l'état du moi Adulte et à la réutilisation appropriée des états du moi Parent et Enfant. Ces huit opérations sont l'interrogation, la spécification, la confrontation, l'explication, l'illustration, la confirmation, l'interprétation et la cristallisation. Les quatre premières opérations sont généralisables dans la vie professionnelle et donc appropriées à un traitement ergothérapique. Les quatre dernières concernent le champ psychothérapeutique surtout.

L'interrogation permet au thérapeute d'obtenir les informations Adultes dont il a besoin pour intervenir de façon efficace avec le client à chaque moment de la thérapie. Comment est-ce pour vous que je vous aide ?

La spécification est une intervention faite par le thérapeute pour mettre en évidence certains aspects de l'information donnée par le client. Vous m'avez dit tout à l'heure que, petite, votre maman prenait soin de vous si vous étiez malade ?!

La confrontation est une intervention dont le but est d'aider le client à réinvestir un état du moi momentanément contaminé ou exclu et d'éviter une escalade dans un jeu psychologique. Cette opération doit, pour

être efficace, être réalisée avec puissance et à partir d'une position de vie (+ +). Berne (1983) définit la Puissance comme la capacité d'un thérapeute à confronter son patient. Vous êtes fâchée avec votre mari ! Et quand vous êtes fâchée, alors vous vous obligez à rester dans votre lit ?

Le thérapeute donne au patient une explication sur ce qu'il pense par rapport à ce qui est en train de se produire, ceci pour décontaminer et renforcer l'état du moi Adulte afin de susciter l'intérêt et la curiosité de l'Enfant Libre. Quand vous êtes en colère, vous restez dans votre lit et vous semblez ne plus pouvoir être active. Un peu comme si vous n'aviez pas le droit d'être en colère.

L'illustration a pour but d'établir et/ou de renforcer une alliance avec l'état du moi Enfant du client à la suite d'une confrontation et d'une explication qui ont été entendues. Vous savez, pour ma part, quand je suis fâchée avec quelqu'un, j'ai besoin de mon corps pour m'exprimer. Regardez une petite fille en colère, elle ne reste pas dans son lit, elle fait tout autre chose pour se faire entendre.

Le thérapeute ayant repéré un comportement répétitif chez le client confronte à nouveau des éléments scénariques déjà mis en évidence lors de précédentes confrontations (confirmation). Je sais, Madame, que votre manière de vous mettre en colère c'est de garder le lit. Je vous propose pourtant de me suivre à la salle de bains et de m'expliquer ce qui vous met en colère, si vous le voulez bien.

L'interprétation vise non plus à établir une alliance, tout en faisant un travail de décontamination de l'Adulte comme avec les six premières opérations, mais une déconfusion de l'Enfant. Le thérapeute choisit de donner une interprétation qui permettra la déconfusion de l'Enfant en lui apportant un éclairage sur les liens existant entre la problématique actuelle et les décisions prises lors de la construction du scénario. Au vu de ce que vous m'avez dit, j'imagine que lorsque vous étiez enfant, vous n'aviez pas vraiment le choix pour exprimer vos besoins. Votre entourage ne semblait vous entendre que lorsque vous étiez malade et alitée. Il semble qu'aujourd'hui, vous revivez cela.

La cristallisation consiste à mettre en évidence les possibilités de choix du client face à de nouvelles options différentes de celles choisies lors de la construction de son scénario. Cette opération aide la personne à se donner les permissions de changer. Je vous propose d'essayer une autre

manière de faire, cela vous intéresse ? (L'ergothérapeute travaille au niveau des activités à réaliser, le psychothérapeute travaille plus sur les décisions scénariques à changer au niveau intrapsychique ou niveau structural.)

LA REDÉCISION

Dans l'analyse du circuit des sentiments parasites, l'analyse du scénario et l'analyse structurale, nous décrivons et expliquons comment une décision de scénario se prend. La redécision est une technique proposée par l'école des Goulding. Elle permet de reconsidérer son projet de vie et ses décisions limitatrices ou destructrices en rapprochant la personne de l'autonomie.

La décision de scénario suit un certain processus comme nous l'avons étudié au préalable. La redécision vise l'état du moi Enfant de la personne et son état du moi Adulte décontaminé. Le thérapeute donne une permission à la personne de redécider de penser, sentir et se comporter différemment de ce qu'elle a pu décider en étant toute petite. Pour être efficaces, les Permissions doivent émaner des trois états du moi du thérapeute (De Meuron, 2002). Elles visent à libérer les sentiments de l'Enfant et la pensée de l'Adulte. Un Parent bienveillant y est posé en modèle.

En ergothérapie, nous ne parlons pas de redécision, c'est une technique propre à la psychothérapie. Néanmoins, en ergothérapie, un autre genre de redécision se prend en situation d'activité. Par certaines activités, le patient peut toucher une scène ancienne à l'origine d'une décision scénarique. L'activité peut devenir ainsi une expérience correctrice et permettre au patient de sentir, penser et se comporter différemment durant l'activité. Après quelques séances de toilette avec l'équipe du CMS, Justine a le choix de continuer ce premier contrat de prise en charge ou de passer à un autre contrat. La période de soins au lit lui a permis de rendre sa décision scénarique plus consciente. Dans ce cas, elle peut prendre une nouvelle décision. Elle peut décider de nous dire sa colère face à son mari, de prendre conscience de son schéma habituel à se mettre au lit comme malade plutôt que de rester active, d'exprimer ses besoins et finalement même à parler avec son mari de sa colère. Nous n'avons pas travaillé le scénario à un niveau profond en amenant Justine à être la petite

fille qui ne recevait pas de soins. Ce travail serait de type psychothérapeutique. L'ergothérapeute, contrairement au psychothérapeute, ne cherche pas à travailler avec l'état du moi Enfant de son patient. Si ce dernier revit une scène ancienne, l'ergothérapeute l'aide à revenir dans la situation présente et rappelle le choix que la personne a de ne pas refaire les mêmes actes, actions ou activités que celles qui étaient à l'origine d'une décision scénarique. Pour rendre conscient le scénario, l'ergothérapeute peut utiliser l'activité comme un moyen de prolonger la décision et amener le patient à travailler dans le sens d'une nouvelle décision à prendre à travers l'activité elle-même. Cette décision peut porter directement sur tous les domaines mentionnés par l'*American Journal of Occupational Therapy* (2002) et toutes les occupations humaines (Pierce, 2001). La collaboration entre l'ergothérapeute et le psychothérapeute est bienvenue dans une telle situation.

Alors que l'activité a pour fonction de faciliter de nouvelles prises de décision, en créant un espace qui lie le présent au passé et la réalité aux fantasmes, l'activité apparaît, selon Lyne Desrosiers (1993), comme un agent à travers lequel des résistances peuvent se manifester. En psychothérapie, lorsque le patient commence à accepter les Permissions provenant du thérapeute, des impasses peuvent aussi se manifester. Paradoxalement, la nouvelle liberté que le patient s'autorise se heurte à ses anciennes décisions et un blocage peut advenir. Cela relève entre autres d'un travail sur l'état du moi Parent et d'une redécision visant l'Enfant de la personne dans un cadre psychothérapeutique (Erskine & Moursund, 2001).

L'ergothérapeute peut cadrer les demandes, soutenir, valider et accompagner le patient dans ce processus de redécision. Le travail conjoint, en ergothérapie et en psychothérapie, est très efficace. Il guide le patient vers une redécision comportementale de changement dans le présent (ergothérapie) tout en visant également un changement structural du vécu interne lié aux événements du passé (psychothérapie).

LA CONSCIENCE DANS LES ACTES

Tout comme la technique de décontamination, les prises de conscience à propos des symbioses, des passivités et des méconnaissances visent,

elles aussi, le contrôle social par un travail sur l'état du moi Adulte du patient. Ces techniques cherchent à rendre le patient plus puissant en rendant ses croyances et sentiments plus réalistes et authentiques. Ces prises de conscience permettent de repérer les manières de ne pas résoudre les problèmes et de rester coincé dans des schémas de pensées, de sentiments ou de comportements répétitifs, destructifs ou limitatifs.

La description de la symbiose en termes d'états du moi est décrite comme une relation où l'un des partenaires met en œuvre le Parent et l'Adulte et exclut l'Enfant alors que l'autre active l'Enfant et exclut à la fois le Parent et l'Adulte. Ainsi, pour avoir en même temps les trois états du moi Parent, Adulte et Enfant, les deux partenaires sont indissociables (Schiff et al., 1975). La symbiose est un phénomène normal du stade de développement oral dans le développement d'un enfant. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, il se perçoit comme quelqu'un qui sent, qui pense et qui résout des problèmes indépendamment des autres. Nous pouvons le voir prendre son autonomie par rapport aux figures parentales qui avaient pris soin de lui et, dans ce cas, la symbiose vécue au stade oral est saine. Une éducation inadéquate (surprotection, négligence, traumatisme, …) ne prépare pas l'enfant à fonctionner en tant qu'individu autonome pouvant résoudre ses problèmes dans le monde. La pathologie résulte de perturbations dans cette relation symbiotique en termes de séparation ou de différenciation de l'enfant avec la figure maternelle. Le soulagement de cette pathologie s'inscrit donc dans une approche compréhensive du développement de la personne (Levin, 2005, Pierrehumbert, 2003). Les jeux psychologiques semblent naître et se développer à partir de relations symbiotiques non résolues. Dans cette perspective, les jeux visent à instaurer une relation symbiotique dans l'espoir d'être pris en charge ou pour réagir avec colère contre cette relation. La méconnaissance en est le mécanisme et le tout va se manifester à travers des comportements de passivités (Chalvin, 2003). Pouvoir prendre conscience des jeux, des symbioses, des passivités et des mécanismes internes propres à ces manifestations observables sont autant de moyens que la personne se donne pour en sortir et trouver des solutions aux problèmes. Le couple que forment Justine et son mari peut être qualifié de symbiotique. Justine attend des soins et de l'attention de son mari inconditionnellement tout en critiquant ce qui est donné, et le mari donne

jusqu'à épuisement sans qu'aucun d'eux ne comprenne ce qui leur arrive. Rendre ce processus conscient est un premier pas vers l'autonomie pour les deux personnes du couple.

La méconnaissance est l'omission inconsciente d'un ou de plusieurs éléments utiles à la résolution d'un problème. C'est un mécanisme interne reconnu à l'aide d'indices transactionnels et comportementaux. Ces indices sont les quatre comportements passifs décrits ci-après, les transactions doubles et le fait d'agir et de réagir à partir d'une des trois positions du triangle dramatique de Karpman (Karpman, 1968). Nous pouvons méconnaître l'existence du problème, la signification du problème, la possibilité de résoudre le problème ou de changer la situation problématique, nos capacités et aptitudes personnelles à résoudre le problème. Justine méconnaît le problème (de communication avec son mari), elle méconnaît la signification (c'est la faute à mon mari), les possibilités de résoudre le problème (la seule option envisagée est celle de faire changer son mari), sa capacité à résoudre le problème (je n'arrive plus rien à faire). Selon l'école des Schiff (1975), le traitement de la méconnaissance comprend quatre étapes principales. La première consiste à aider la personne à identifier les transactions et les comportements qui résultent de la méconnaissance. L'attention est centrée sur les manifestations externes. Vous n'avez pas envie de sortir de votre lit et n'avez pas envie de parler ? La deuxième consiste à aider la personne à identifier ce qui se passe à l'intérieur de sa tête. Je suis là pour répondre à la demande de votre mari qui se sent épuisé, et vous, qu'en pensez-vous ? La troisième met l'attention sur la motivation interne qui pousse la personne à utiliser ce mécanisme. Vous espérez ainsi que votre mari vous porte de l'attention. La dernière étape vise à permettre à la personne de développer un investissement dans un comportement sans méconnaissance. Qu'est-ce qu'il serait possible de demander directement à votre mari et qu'il accepterait de réaliser selon vous ? Toute cette discussion avec Justine se fait en présence, si possible, de son mari.

Le modèle d'analyse transactionnelle propose quatre définitions de comportements passifs (Chalvin, 2003) :

L'abstention : toute l'énergie du patient est employée à inhiber ses réactions. La personne ne peut souvent plus penser et quiconque non averti essaie d'établir des transactions avec cette personne s'enlise dans

la symbiose malsaine. Pour aider une telle personne à sortir de sa passivité, la solution consiste à activer l'Enfant libre de cette personne en mobilisant ses motivations. L'action ou l'activité proposées permettent de répondre à cette motivation et aident à trouver une solution. Justine, en restant dans son lit, est dans l'abstention.

La sur-adaptation : se fait jour quand quelqu'un ne se fixe pas un objectif personnel afin de résoudre un problème mais essaie d'accomplir ce qu'il croit être l'objectif de quelqu'un d'autre. Cette passivité se prête bien à des interventions thérapeutiques car la personne conserve un bon potentiel de réflexion et de remise en question. La solution est donc ici de demander clairement à l'autre ce qu'il ou elle souhaite sans chercher à deviner pour l'autre. La personne répond ensuite à cette demande en faisant des compromis entre ses buts personnels, les possibilités d'options à proposer et les buts de l'autre personne. Le mari de Justine essaie de deviner les besoins de sa femme pour la sortir de sa maladie.

L'agitation : comportement qui se situe entre la sur-adaptation et la violence, l'agitation consiste en des activités répétées sans but ni objectif. La personne agitée est mal à l'aise, embrouillée et peut devenir violente. La procédure indiquée avec l'agitation est de ramener la personne à réinstaller de la sur-adaptation pour prévenir la violence. Dans de tels cas, la directivité est utile pour proposer des activités ou solutions au problème qui canalisent cette agitation. Le mari de Justine commence à s'épuiser et à s'agiter pour résoudre le problème de sa femme.

La violence ou l'incapacitation : s'exprime dans une décharge d'énergie qui représente une tentative de préserver la symbiose au moment où elle est rompue. Aucune réflexion ne peut être discernée, le patient n'accepte aucune responsabilité pour son comportement. Pour brancher efficacement l'Adulte du patient, il est important que l'énergie emmagasinée trouve un moyen de décharge et ne reste pas bloquée. Tant que Justine n'a pas pu nous dire sa frustration envers son mari, sa violence verbale empêche tout rapprochement de notre part ainsi que toute autonomie de sa part. Le patient a besoin d'une aide pour reconnaître la différence entre ses propres objectifs et les attentes qu'il a envers autrui. Justine doit se rendre à l'évidence, son mari peut l'aider mais il a aussi ses limites.

De manière générale, la personne passive a besoin que son entourage exige sa participation active et une contribution à la résolution de son

problème. Afin de rompre la symbiose, une confrontation systématique des méconnaissances doit pouvoir être réalisée. Selon les études réalisées par les Schiff (1975), il semble que la majorité des patients passifs sont contents d'êtres confrontés à leur problème et sont désireux de l'examiner en profondeur. Rendre conscient le patient sur sa façon de ne pas trouver une solution à son problème implique de parler sur sa manière d'être en symbiose, de méconnaître la solution au problème et d'entrer dans une attitude passive qui l'éloigne des solutions. La prise de conscience des solutions nouvelles aide alors le patient à mobiliser ses ressources en vue d'agir et de mobiliser son activité pour devenir autonome.

L'AUTO PARENTAGE

L'auto parentage est un travail avant tout de mise en place de Protection nécessaire à l'Enfant pour pouvoir prendre les Permissions du thérapeute sans danger (cf. techniques de redécision). L'auto parentage sert à explorer le risque que le patient pourrait encourir s'il dérogeait à l'injonction. Selon De Meuron (2002), le niveau d'angoisse du patient correspond en effet à l'intensité de la punition qu'il aurait encourue dans son enfance s'il n'avait pas obéi à cette injonction. Aujourd'hui, la punition est interne et demande de la part du thérapeute une protection d'une intensité équivalente. L'auto parentage (James, 1981-1984) vise à modifier et à restructurer l'état du moi Parent. Les états du moi Parent sont empruntés à des figures parentales. La personne qui utilise cet état du moi Parent reproduit les sentiments, les pensées et les comportements d'une ou de plusieurs figures parentales. Rappelons qu'un comportement parental n'émane pas forcément d'un état du moi Parent. Un fonctionnement à partir du Parent est par contre le fruit d'une imitation d'une figure parentale de jadis.

Nous ne pouvons pas changer les personnes parentales prises à l'intérieur de nous, ni le passé. L'état du moi Parent d'un patient peut par contre être restructuré. Avec l'auto parentage, la personne apprend à mettre en place un nouveau Parent qui inclut ses parents réels. « La conscience des aspects positifs de ceux-ci favorise le processus en même temps que la rééducation de l'Enfant » (James, 1981-1984, p. 123). L'auto parentage est différent du reparentage tel qu'il est pratiqué dans l'école

du Cathexis Institute. Dans le reparentage, les parents réels sont exclus de l'état du moi Parent ; dans l'auto parentage, les parents naturels sont reconnus et acceptés comme ils sont. L'Adulte évalue les parents naturels et constitue un nouveau Parent en créant en quelque sorte une séparation à l'amiable avec le parent naturel.

En ergothérapie, ce travail d'auto parentage peut se faire au travers d'activités symboliques mais aussi au travers d'actes, d'actions, d'occupations, de rôles, de participation qui permettent au patient de faire la part des choses entre ce qui appartient à la figure parentale imitée et ce qui lui appartient en propre. Les caractéristiques positives et négatives de la figure parentale sont séparées. Les caractéristiques positives seront mises en œuvre chaque fois que c'est indiqué, les négatives seront remplacées par un nouveau Parent, par exemple remplacer un Parent critique par un Parent normatif ou nourricier. C'est aussi l'occasion d'évaluer comment le patient pourrait se punir des Permissions prises en thérapie (De Meuron, 2002). Plusieurs types de parents inhibent la croissance vers l'autonomie. En présence de parents hypercritiques, surprotecteurs, incohérents, en conflit, indifférents, hyperorganisés et démunis, l'auto parentage est indiqué, selon Muriel James (1981-1984). Dans les discussions avec Justine, nous apprenons que sa maman a dû élever seule ses enfants. La vie de cette femme n'a pas été facile et les circonstances de la guerre l'ont rendue très aigrie. Elle se plaignait souvent du peu d'aide qu'elle avait reçue des hommes de son entourage, pris par leurs occupations de soldats. Comment Justine peut-elle réévaluer son énergie psychique engagée dans un Parent critique ? Peut-elle faire des liens avec la situation de ses parents ? Que peut-elle en déduire pour sa vie aujourd'hui ? Comment peut-elle se nourrir des soins obtenus par sa propre mère ? Comment changer ses croyances par rapport à son mari ? Peut-elle devenir plus nourricière avec elle-même ? Comment sa propre mère la jugerait aujourd'hui si elle osait demander de l'aide sans être malade ?… Toutes ces interrogations servent à agir sur l'état du moi Parent de Justine. Les opérations thérapeutiques visant la décontamination sont utiles ici et visent la décontamination de l'état du moi Adulte par le Parent.

L'analyse transactionnelle s'intègre au processus de l'ergothérapie et semble influencer non seulement le choix des activités mais aussi la

manière de les réaliser et la façon dont le thérapeute peut soutenir la participation du patient à ses activités. Les techniques d'analyse transactionnelle s'adaptent au traitement ergothérapique en respectant les principes éthiques de la profession. Elles sont complémentaires à un traitement psychothérapeutique notamment.

ÉVALUATION DES EFFETS DU TRAITEMENT

Dernière phase du processus de l'ergothérapie, l'évaluation sommative mesure les résultats de l'intervention. Les différentes analyses de l'évaluation formative peuvent être réalisées à nouveau et permettre ainsi une comparaison des résultats après intervention. L'écoute du patient et de son environnement social est une mesure subjective mais de premier intérêt pour comprendre l'évolution des pensées, des comportements et des sentiments de chacun. L'observation des attitudes du patient et de son entourage renseigne sur les changements concrets accomplis. La communication avec le patient informe continuellement des modifications qui s'opèrent tant à un niveau intrapsychique qu'interrelationnel. Justine, au fil du traitement, apprend à nouveau à formuler des demandes claires et compréhensibles pour son entourage. Elle apprend à reconnaître le travail fourni par autrui à son égard, à accepter des limites et à se reconnaître comme personne à part entière et non uniquement comme malade. Elle peut de plus en plus prendre du plaisir à relater ses ressources et ses nouvelles capacités. Elle accepte son mari avec ses imperfections et sort de ses passivités en acceptant de rompre la symbiose malsaine avec son mari. La relation avec son mari est nettement améliorée. Cette dernière reste pourtant fragile et les enfants rappellent combien ce type de conflits peut revenir déstabiliser l'équilibre physique, psychique et fonctionnel du couple. Un travail en profondeur sur le scénario de Justine et celui de son mari serait nécessaire pour sortir définitivement des jeux, des symbioses et des méconnaissances auxquels ils s'adonnent régulièrement.

Lorsqu'un contrat est rempli, il convient de vérifier avec le patient s'il souhaite viser d'autres buts ou arrêter le traitement. Dans le premier cas, une nouvelle orientation est à donner au traitement. Dans le deuxième cas, un travail de séparation est à envisager. Le mari et les enfants de

Justine souhaitent un contrat de changement structural (cadre psychothérapeutique), Justine n'y voit pas d'avantages. Ce dernier contrat n'aura donc pas lieu. La séparation est préparée pour prévenir une éventuelle rechute.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Le contrat en analyse transactionnelle implique le patient dans la démarche thérapeutique. Dans ce sens, nous pouvons dire que l'analyse transactionnelle s'adresse à la partie saine de la personne qui garde une possibilité de contact et une certaine capacité de réflexion sur soi-même, autrui et la vie. Au regard de la situation de Justine, nous voyons que ce modèle peut servir plusieurs axes du processus en ergothérapie. Il sert à la réflexion personnelle du thérapeute, il aide à la communication et enfin, il permet l'utilisation de techniques servant au traitement ergothérapique. Les connaissances théoriques de ce modèle sont une aide à la réflexion pour tout ergothérapeute. Pour pouvoir utiliser efficacement ce modèle comme moyen de traitement et de communication, un travail sur sa propre personne et des supervisions sont nécessaires, selon nous. L'ergothérapeute apprend ainsi à mettre à jour son propre scénario, ses jeux favoris et son propre circuit des sentiments parasites.

Excepté durant les phases de décompensation aiguë d'une personne, nous n'avons pas, à ce jour, de contre-indication à l'analyse transactionnelle. Les risques de passage à l'acte nécessitent un cadre protecteur suffisant et sont moins dépendants du modèle utilisé que du cadre thérapeutique en lui-même. En situation d'activité, l'analyse transactionnelle s'adapte au traitement en ergothérapie et permet un enrichissement des activités réalisées avec les patients. L'activité reste, pour l'ergothérapeute, le moyen privilégié de traitement. L'analyse transactionnelle soutient le processus thérapeutique en donnant du sens, de la conscience aux actes et des moyens nouveaux d'agir et d'entrer en communication avec le patient.

ÉVOLUTIONS DU MODÈLE

En parcourant la littérature, nous pouvons dire que l'analyse transactionnelle n'est pas rattachée au traitement d'une population en particulier.

Divers auteurs ont étudié ce modèle en lien avec une ou des pathologies spécifiques et des populations de tout âge. Richard Erskine (2000) s'intéresse à des thématiques comme la dissociation et la honte ressenties par des personnes ayant été traumatisées ou abusées. Claude Steinert (1996) s'intéresse au traitement de l'alcoolisme et maints auteurs, que nous ne citerons pas, étudient le traitement des troubles de la personnalité, le traitement des troubles cliniques, des troubles psychosomatiques et psychosociaux. Ce modèle se prête bien à un rapprochement avec d'autres modèles de type cognitif, comportemental, systémique, psychanalytique et psycho corporel.

Peu utilisé en ergothérapie et en institution psychiatrique, ce modèle couvre des champs aussi divers que le conseil, l'éducation, les organisations et la psychothérapie. Dans le domaine thérapeutique, il est utilisé avant tout en pratique indépendante ou dans le cadre de supervisions d'équipe interdisciplinaire. L'analyse transactionnelle permet un traitement individuel et en groupe. Ces deux formes de cadre thérapeutique devraient intéresser les ergothérapeutes et permettre d'enrichir leurs traitements.

En ergothérapie, ce modèle est une aide à la réflexion et à la pratique thérapeutique. Situé entre des concepts psychanalytiques, systémiques et humanistes, son cadre de référence théorique propose une compréhension des problèmes en lien avec le développement de la personne et l'influence du milieu environnant. Ses modèles de pratique permettent une utilisation adaptée des techniques à la situation particulière du patient ainsi qu'aux capacités personnelles du thérapeute. Comme le rappellent Bioy et Maquet (2003), deux histoires vont se croiser et se rencontrer, celle du thérapeute et celle du patient qui demande son aide. C'est par cette rencontre, qui peut aller du retrait des deux personnes à l'intimité en passant par l'activité, que le partage humain peut se créer et permettre au patient et au thérapeute de se reconnaître. Issue du courant humaniste, l'analyse transactionnelle envisage l'être humain comme un être responsable qui construit ses perceptions du monde et sa propre actualisation. En ergothérapie, l'activité proposée comme moyen de traitement aide à travailler concrètement sur les perceptions, les décisions et les engagements du patient, tant dans sa vie de tous les jours que dans le traitement en lui-même. En ce sens, nous ne pouvons qu'espérer que ces techniques de traitement se rencontrent et s'enrichissent mutuellement.

BIBLIOGRAPHIE

AOTA (2002), « Occupational Therapy Practice Framework : Domain and Process. » AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 56, pp. 609-639.

BERNE, E. (1966), PRINCIPLES OF GROUP TREATMENT. New York : Oxford University Press.

BERNE, E. (1975), DES JEUX ET DES HOMMES. Paris : Stock. (Édition originale américaine, 1964)

BERNE, E. (1977), ANALYSE TRANSACTIONNELLE ET PSYCHOTHÉRAPIE. France : Payot. (Édition originale américaine, 1961)

BERNE, E. (1983), QUE DITES-VOUS APRÈS AVOIR DIT BONJOUR ? France : Tchou. (Édition originale américaine, 1972)

BIOY, A. & MAQUET, A. (2003), SE FORMER À LA RELATION D'AIDE, CONCEPTS, MÉTHODES, APPLICATIONS. Paris : Dunod.

CARDON, A. ET AL. (Eds)(1995/2004), L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE, OUTIL DE COMMUNICATION ET D'ÉVOLUTION (nouvelle éd. rev. et corr.), Paris : Éditions d'Organisation.

CHALVIN, D. (2003), LES NOUVEAUX OUTILS DE L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE, POUR RÉUSSIR AVEC LES AUTRES. Issy-les-Moulineaux : ESF.

CLARKSON, P. (1992), « Diagnostic ou intuition : sortir du dilemme. » ACTUALITÉS EN ANALYSE TRANSACTIONNELLE, 16, 61, pp. 3-10.

CORNELL, F.W. (1991), « Théorie du scénario et recherches sur la croissance ». ACTUALITÉS EN ANALYSE TRANSACTIONNELLE, 15, 58, pp. 68-85.

CYRULNIK, B. (1998), CES ENFANTS QUI TIENNENT LE COUP. Paris : Hommes et Perspectives.

DE MEURON, M. (sous la dir.) (2002), « L'analyse transactionnelle ». In N. Duruz & M. Gennart (Éd.), TRAITÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE COMPARÉE (pp. 227-251). Genève : Médecine et Hygiène.

DESROSIERS, L. (1993), VERS UN CADRE THÉORIQUE POUR L'ÉTUDE DES FONCTIONS DE L'ACTIVITÉ DANS LA THÉRAPIE DU PATIENT PSYCHOTIQUE. Mémoire présenté à la Faculté de médecine des études supérieures en sciences biomédicales, option réadaptation, Montréal : Université de Montréal.

DUSAY J. M. (1977), EGOGRAMS, HOW I SEE YOU AND YOU SEE ME. New York : Harper & Row.

ERSKINE, R. G. (2000), SIX ARTICLES DE RICHARD G. ERSKINE. Présentation au Congrès de l'IFAT/EATA, Paris : Institut Rhône-Alpin d'analyse transactionnelle et approches pluridisciplinaires.

ERSKINE, R. G. (2005, avril 16). « La guérison du Scénario : les dimensions comportementale, intrapsychique et physiologique. Retrieved Avril 16, 2005 from Institut de Psychothérapie Intégrative. »
Web site : http//www.intégrativetherapy.com/fr/articles.html

ERSKINE, R. G. & ZALCMAN, M. J. (1977-1980), « Le circuit du sentimenté-parasite, un modèle d'analyse. » LES CLASSIQUES DE L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE, 1, pp. 185-193.

ERSKINE, R. G. & MOURSUND, J. (2001), REPRENDRE CONTACT AVEC L'ENFANT INTÉRIEUR, ANALYSE TRANSACTIONNELLE ET PSYCHOTHÉRAPIE INTÉGRATIVE. Paris : InterÉditions.

GARIBAL, G. (1999), ABC DE L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE, BIEN COMMUNIQUER POUR MIEUX VIVRE. Paris : Grancher.

GOULDING, R. & GOULDING, M. (1979), CHANGING LIVES THROUGH REDECISION THERAPY. New York : Bruner/Mazel.

GRÉGOIRE, J. (2000), LES ÉTATS DU MOI : DE LA SÉPARATION À LA SYNERGIE. France : José Grégoire.

HINE, J. (1997), « Mind Structure and ego states ». TRANSACTIONAL ANALYSIS JOURNAL, 27, 4, pp. 278-290.

HOSTIE, R. (1981-1984), « Univers scénarique et univers réel : une vision du monde de Berne ». LES CLASSIQUES DE L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE, 4, pp. 31-36.

INTERNATIONAL TRANSACTIONAL ANALYSIS ASSOCIATION (2005, avril 10). « Définitions et principaux concepts de l'A. T. Retrieved Avril 10, 2005 from Institut français d'analyse transactionnelle. »
Web site : http//www.ifat.net/index2.html

JAMES, M. (1981-1984), « L'autoparentage : théorie et processus ». LES CLASSIQUES DE L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE, 4, pp. 122-128.

JAOUI, G. & GOURDIN, M.-C. (2001), TRANSACTIONS, PRATIQUER L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE : EXERCICES ET CAS (nouvelle éd. rev. et corr.), Paris : InterÉditions.

KARPMAN, S. (1968), « Fairy Tales and Script Drama Analysis ». TRANSACTIONAL ANALYSIS JOURNAL, 7, 39.

LE GERNIC, A. (2004). ÉTATS DU MOI, TRANSACTIONS ET COMMUNICATION. Paris : Dunod.

LEVIN, P. (1986/2005), LES CYCLES DE L'IDENTITÉ (nouvelle éd. rev. et corr.), Paris : InterÉditions.

LOOMIS, M. (1981-1984), « Contrats et niveaux de changement ». LES CLASSIQUES DE L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE, 4, pp. 173-178.

MEYER, S. (1997), LE PROCESSUS EN ERGOTHÉRAPIE. Lausanne : École d'Études sociales et pédagogiques.

PIERCE, D. (2001), « Untangling Occupation and Activity ». THE AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 55, 2, pp. 138-146.

PIERREHUMBERT, B. (2003), LE PREMIER LIEN, THÉORIES DE L'ATTACHEMENT. Paris : Odile Jacob.

RAQUIN, B. (2004), L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE AU QUOTIDIEN. Saint-Julien-en-Genevois : Jouvence.

SHIFF, J. L. ET AL. (1975), THE CATHEXIS READER : TRANSACTIONAL ANALYSIS TREATMENT OF PSYCHOSIS. New York : Harper et Row.

STEINER, C. (1996), À QUOI JOUENT LES ALCOOLIQUES… UNE NOUVELLE APPROCHE DE L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE. Paris : Desclée de Brouwer.

STEWART, I. & JOINES, V. (1991/2000). MANUEL D'ANALYSE TRANSACTIONNELLE (nouvelle prés.). Paris : InterÉditions.

SUMMERS, G. & TUDOR, K. (2001), « Une analyse transactionnelle co-créative ». ACTUALITÉS EN ANALYSE TRANSACTIONNELLE, 25, 99, pp. 137-154.

CHAPITRE V

APPROCHE SYSTÉMIQUE : ERGOTHÉRAPIE ET THÉRAPIE BRÈVE CENTRÉE SUR LES SOLUTIONS

CATHERINE ÉCUYER

Dans le champ des maladies psychiques, le grand apport de l'approche systémique est d'avoir replacé l'individu dans son environnement familial, social et professionnel, contrairement à la psychanalyse et la psycho-dynamique qui traitent l'individu dans sa dimension intrapsychique. À partir de 1940, la théorie des systèmes et les théories de la communication ont fait progresser les traitements des troubles psychiatriques par une meilleure connaissance des schémas d'interaction entre les individus. À l'origine du mouvement, on trouve des chercheurs comme Searles (1958), Bowlby (1951), Bateson (1968), Watzlawick (1967), ainsi que des scientifiques comme Bertalanffy (1973), mais aussi des philosophes comme Wittgenstein qui a travaillé sur les jeux du langage.

Cette approche a vu l'émergence de nombreuses écoles de thérapie avec des chefs de file aux États-Unis comme Minuchin, Boszormenyi-Nagy, en Italie avec Selvini-Palazzoli, en Belgique avec Elkaïm et en Suisse romande avec Kaufmann. Parmi elles, la Thérapie brève centrée sur les solutions (TBCS) fondée par De Shazer et Berg apparaît dans les années 80 à Milwaukee. Les premiers articles traitant de la TBCS paraissent en 1986. Ce modèle est relayé en Europe par de nombreux thérapeutes dont Cabié et Isebaert (1997). Au cours de ce chapitre, nous verrons en quoi

ce modèle est proche des concepts théoriques et cliniques de l'ergothérapie, en particulier dans sa manière de mettre les ressources et les compétences du patient au centre de la thérapie.

Cette approche se distingue des modèles traditionnels par l'accent mis sur ce qui est changeable, sur les solutions et les habiletés plutôt que sur la pathologie. Elle postule que la solution n'a souvent rien à voir avec le problème. Elle travaille sur l'ouverture de choix possibles et sur l'incitation par le thérapeute à ce que le patient « fasse quelque chose ». Le thérapeute et le patient concentrent leurs efforts sur le présent et le futur. Enfin, elle favorise la co-construction d'un projet qui mettra en évidence ce qui est le plus utile et le plus aidant pour le patient en lien avec son système de valeur et ses besoins.

L'activité aide à remettre en mémoire et en actes des outils que le patient possède déjà. Elle renforce tout ce qui est déjà équilibré chez le patient et maintient ce qu'il a commencé à faire et s'avère efficace. Elle favorise de petits changements, qui, selon le principe de totalité (Watzlawick, 1972), entraînent un processus évolutif. Grâce aux difficultés rencontrées dans l'activité, le patient, avec l'ergothérapeute, développe de nouvelles alternatives, de nouvelles lectures possibles et donc restaure la capacité de choix mise à mal dans les troubles psychiatriques (Cabié, Isebaert, 1997).

CADRE GÉNÉRAL

Avant d'aller plus loin, je citerai les résultats d'une recherche sur les différents facteurs de guérison en psychiatrie qui rappellent l'importance des décisions propres au patient mais aussi de la relation thérapeutique. Cette étude montre que 40 % des facteurs d'amélioration sont liés au patient, 30 % à la relation, 15 % aux attentes et aux espoirs du patient, et enfin 15 % sont liés au modèle et au technique (Assay et Lamber, 1999, cité par Duncan, Miller, 2000). C'est une des raisons qui m'incitent à mettre rapidement en avant la relation thérapeutique et sa construction tout au long du processus de soin. En ergothérapie, la relation est médiatisée par l'activité. Cette dernière instaure un dialogue, une interaction constante entre le patient et l'ergothérapeute.

Pour bien comprendre l'orientation thérapeutique générale de cette approche, je voudrais citer les trois prémisses de base qui guident l'action et la pensée du thérapeute. Prémisses qui ont apparemment l'air simple mais qui nous confrontent à nos schémas habituels de pensée. Nous ne faisons plus référence au processus médical traditionnel de type définition du problème, évaluation par le thérapeute et plan de traitement élaboré par le thérapeute. Ce modèle nous oblige à discuter avec le patient de sa propre théorie du changement, ses buts, et de le suivre même si sa route est un peu différente de celle que nous aurions prise.

Ces trois prémisses élaborées par De Shazer (1995, p. 560) sont :

– « Si ce n'est pas cassé, ne réparez pas ! » Quand nous rencontrons nos patients, ils amènent avec eux leur théorie sur la vie, leurs problèmes, la façon de les résoudre et bien d'autres choses qui constituent leur histoire et leur expérience. Nous ne partageons pas forcément leur point de vue, et nous pouvons être en désaccord avec eux sur certains points qui nous paraissent un problème, mais qui ne l'est pas pour le patient. Devons-nous nous imposer ? Non, nous ne devons pas « réparer » ou résoudre un problème qui n'est pas défini comme tel par le patient. Inutile donc de perdre son temps et son énergie en risquant de le faire perdre aussi au patient et à son entourage !
– « Une fois que vous connaissez ce qui marche, faites davantage de ce qui marche ! » Nous verrons plus loin comment le thérapeute travaille à rechercher, avec le patient, les aspects de sa vie qui vont bien, les exceptions aux problèmes dont il se plaint. C'est sur cette base que nous allons amplifier les comportements, les actions et tout ce qui va dans le sens de ce que le patient considère comme efficace.
– « Si ça ne marche pas, cessez-le et faites quelque chose de différent ! » Les problèmes ont tendance à s'entretenir d'eux-mêmes, et les schémas connus, même inefficaces, reprennent rapidement le dessus. Il s'agit pour le thérapeute d'être très attentif au changement ou non au fil des séances. Si aucun changement n'apparaît au bout de 5 à 8 séances, il ne faut pas craindre de remettre en question le traitement dans son ensemble ou en partie.

Ces trois prémisses nous aident à orienter notre action et à la limiter à ce qui est nécessaire pour le patient au moment de sa demande de soin. En faire plus risque de vouer le traitement à l'échec soit par le départ prématuré du patient soit par un traitement sans fin, perdant de vue des objectifs réalistes et réalisables, communs aux soigné et soignant. En se positionnant du point de vue du patient, de ce qu'il connaît et peut tirer de ses propres expériences, nous facilitons le processus de changement et la coopération (Ausloos, 1995).

Nous avons, en commun avec les autres thérapeutes, l'obligation d'établir une relation thérapeutique avec nos patients. Dans une approche d'orientation systémique, on parlera d'affiliation (tisser les liens entre le patient, sa famille, le thérapeute). Pour faciliter ce processus, je citerai au moins trois qualités essentielles. La première est le respect des croyances et valeurs du patient. Elle implique de notre part d'être capable d'authenticité, d'empathie envers le patient (Rogers, 1942). La seconde est la nécessité d'une écoute sérieuse, c'est-à-dire d'être capable de se libérer de toute idée préconçue, de ne pas construire des hypothèses qui empêchent d'entendre le patient. C'est enlever le filtre de notre cadre de référence qui n'est ni mieux ni moins bien que celui du patient. Écouter, c'est être capable de se mettre à la place du patient et c'est être capable de se taire, d'observer le silence pour permettre au patient de formuler ce qu'il a à dire. Et enfin, le « non-savoir » nous force à la curiosité et à l'humilité, le thérapeute n'est plus celui qui sait mais celui qui apprend du patient ce qui est bon pour lui, ce qui est important pour lui et ce qu'il veut changer en venant en thérapie. De là, le thérapeute apprend à sortir des évidences. Il fait un travail de détective, pose des questions très concrètes, cherche les détails, amplifie ce qui est utile.

L'affiliation et le respect sont les garants de la cohésion de tout le traitement puisque l'affiliation soutient le changement et le respect maintient la continuité (Cabié, Isebaert, 1997, p. 72). La continuité est l'assurance pour le patient qu'on ne le poussera pas plus qu'il ne le souhaite dans les changements qu'il vient demander en suivant une thérapie. C'est grâce à ces deux axes, continuité et changement, que l'hypothèse de De Shazer (1985) prend toute sa dimension thérapeutique quand il dit : « Une petite différence est suffisante pour amener un changement chez le client et faire boule-de-neige. » Ainsi, le patient évolue sans avoir

peur de perdre trop rapidement ce qui constitue, parfois, depuis des années, son identité.

J'ajoute une remarque sur la notion de résistance du patient au changement. Ce terme, tout comme certain diagnostic ou jugement sur le patient, est très néfaste pour l'évolution du patient. Si on considère le patient comme résistant, on lui renvoie sa responsabilité et on ne prend pas la nôtre. Dans cette approche, on part de l'idée que le patient veut réellement changer. S'il ne suit pas nos indications, c'est qu'il est en train de nous montrer comment il souhaite coopérer avec nous (O'Hanlon, Weiner-Davis, 1995, p. 26). C'est une manière d'exprimer ses craintes liées au processus de soin. Pour le thérapeute, orienter son regard sur ce qui se construit et qui marche permet de ne pas tomber dans une impasse qui nous ferait renoncer à être partenaire de nos patients dans ce travail évolutif (O'Hanlon, Weiner-Davis, 1995, p. 209).

PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Tout le processus thérapeutique s'articule sur le postulat suivant : « l'objectif de la thérapie n'est pas la ‹ suppression du symptôme › mais bien plutôt l'aide qu'on apporte au client pour qu'il puisse mettre en place quelque chose qui lui permette d'atteindre le but fixé » (De Shazer, 1985, p. 14). Le thérapeute raisonne de manière inductive plutôt que déductive (Berg, De Jong, 1988, p. 17), afin de suivre ce que le patient dit de son problème et surtout de repérer les solutions essayées, ébauchées, utiles ou pas. En se promenant avec lui, dans son cheminement de pensées, plutôt que de produire de nombreuses hypothèses, on va l'aider à se construire un contexte de choix possibles, d'alternatives qui lui permet de retrouver son autonomie et atteindre des objectifs qui lui sont personnels et essentiels pour lui. L'exploration commence par la description brève du problème par le patient et s'oriente très rapidement sur les solutions, la manière de les construire. Le thérapeute aide ensuite à l'élaboration des objectifs, s'appuyant sur la recherche des exceptions. En fin de séance ou au cours du traitement, il se positionne, donne des feed-back. Ce processus s'accompagne de moments d'évaluation.

La description brève du problème par le patient commence par les questions : « Comment puis-je vous aider ? », ou : « En quoi ce qui vous amène

en thérapie est un problème pour vous ? » Le patient décrit son problème, il parle de ce qui lui est familier, ce dont il souffre au quotidien et c'est essentiel d'entendre cette plainte. Par contre, il ne sert à rien d'insister et de poser mille questions sur le problème que le patient a déjà ressassé. Nous lui demandons ce qui l'a aidé ou pas dans les différents essais qu'il a faits pour résoudre le problème. Ces questions ouvrent la porte aux réussites et aux améliorations que le patient a déjà pu expérimenter.

La construction de solutions est un ensemble de décisions et d'actes qui peuvent résoudre une difficulté. Cette phase du traitement vise à aider le patient à se représenter sa vie quand son problème ne sera plus là. Quand on lui pose la question « qu'est-ce qui sera différent quand votre problème sera résolu ? », le patient commence à imaginer ce que sera sa vie. Il nous la décrit souvent très globalement au début, puis il clarifie, donne des détails ; petit à petit, une image ou un film se précise comme si on tournait une vidéo. Les éléments de la description deviennent vivants et concrets. Les objectifs se précisent pour que le tableau devienne réalité.

L'élaboration des objectifs vise à définir les buts que se propose l'action. La co-construction des objectifs est un moment clé de la thérapie. Et c'est aussi le moment le plus difficile pour le patient et pour nous. Ce travail est très dur, exigeant, il demande du temps, de la patience et de la persévérance de la part du thérapeute. C'est un moment central du premier entretien et de la suite du traitement. C'est notre fil rouge, une référence utile dans les bilans et au cours des séances ultérieures. C'est ce qui permet de déjà définir la fin du traitement, ce qui du point de vue de la perception du temps est essentiel.

La recherche des exceptions repère les moments où le problème ne se produit pas, partant de l'idée qu'un problème même le plus grave se produit rarement 24 heures sur 24 heures. Il existe des moments de répit. Les exceptions donnent des informations capitales sur les ressources du patient, sur les solutions déjà mises en œuvre. Elles aident à augmenter la confiance dans l'espoir qu'un changement est possible. Évoquer les exceptions permet au patient de voir qu'il en est lui-même à l'origine. Par ce moyen, nous lui donnons le message que le changement ne viendra pas de nous mais de la mise en œuvre de ses compétences, qu'il est l'acteur et le décideur de sa propre thérapie. Cette étape du processus renforce la relation de coopération.

Nous devons souvent travailler avec des patients très désespérés qui ont tout essayé sans résultat et qui nous donnent à nous aussi un sentiment d'impuissance et d'impasse. On peut alors leur demander : « Il semble que vous soyez déprimé depuis longtemps, c'est vraiment surprenant que vous ayez pu tenir tout ce temps. Qu'est-ce qui vous permet de continuer dans des conditions tellement difficiles ? » En insistant, en faisant décrire, on redonne à la fois du tonus et de l'espoir au patient qui se met alors à raconter ce qui va bien dans sa vie. Notre curiosité et notre admiration vont aider le patient à utiliser ses exceptions pour faire face au problème quand il a tendance à réapparaître.

L'élaboration du feed-back est le moment où le thérapeute donne des quittances positives, des commentaires qui soutiennent le patient dans son processus évolutif. Le feed-back consiste à faire une synthèse dans laquelle il introduit des compliments sur ce que le patient fait déjà pour résoudre son problème, met en valeur les réussites, les intentions positives, relève la façon que le patient a de surmonter les problèmes, nomme les objectifs et éventuellement donne des tâches en fonction du niveau de la relation.

L'évaluation est une étape essentielle qui a lieu à un moment fixé d'avance ou ponctuellement. En TBCS, on utilise des échelles totalement subjectives. On accorde plus d'importance à ce que ressent et pense le patient de sa situation. On lui demande sur une échelle de progrès de zéro à dix, par exemple, ou tout moyen qui sera utile pour évaluer, où il se situe. Le chiffre exprimé n'est pas une mesure mais une métaphore. Il est à la fois un état et un mouvement dynamique puisqu'on peut bouger sur cette échelle.

TYPOLOGIE DES RELATIONS ET PROFIL DE COMPÉTENCES

Le choix du modèle théorique détermine cette première étape de la rencontre avec le patient. La TBCS organise cette phase non pas selon un diagnostic, mais selon la définition du problème que le patient donne. Au moyen d'un questionnement précis, l'ergothérapeute cherche à connaître trois éléments fondamentaux pour la réussite de l'affiliation. Le premier est de connaître comment le patient décrit son problème, puis de définir ce qu'il veut et enfin de savoir ce qui marche et est utile pour lui.

Pour obtenir ces informations, l'ergothérapeute engage une conversation thérapeutique qui obéit à certaines règles qui ne sont pas celles d'une conversation ordinaire. C'est un processus interactionnel fondé sur les questions ouvertes et circulaires (Seywerth, 1993, Berg, De Jong, 1998), l'observation du langage verbal que le patient utilise et sa réintroduction dans la conversation grâce à la reformulation, le résumé, le recadrage. L'observation du langage non verbal facilite l'engagement réciproque et le sentiment pour le patient d'être compris. Par notre attitude, nous montrons notre respect et notre intérêt pour le patient. Tous ces éléments facilitent la mise en place d'une relation de coopération et la circularité de mandat nécessaire pour que le patient retrouve sa capacité de choisir et de donner un sens différent à ce qui lui arrive. L'implication dans ce travail dépendra de la manière dont le patient s'engage, se définit dans la relation. C'est ce que nous allons voir maintenant avec la typologie des relations. Cette typologie évite au thérapeute de devancer le patient, de lui imposer sa méthode ; elle respecte et accompagne le patient à son rythme et à ses capacités évolutives. En apprenant à bien situer le niveau de la relation, les partenaires de soin évitent de perdre du temps et de l'énergie.

L'équipe de Milwaukee s'est rendu compte que les demandes se situaient soit au niveau d'une limitation soit au niveau d'un problème. Une limitation est définie comme une difficulté qui n'a pas de solution comme un deuil, une rupture, le fait d'être homme ou femme, des douleurs de type fibromyalgie et avec lesquels il faut faire avec… Cela signifie aussi que les limitations ne sont pas forcément négatives, elles sont une source de développement des compétences et des facultés d'adaptation. Par contre, une personne qui refuse d'accepter ses limitations et qui veut, par exemple, modifier son passé se heurte à une impasse et s'enferme dans une position de victime. Exemple : si ma mère avait fait ceci ou cela… si je n'avais pas eu cet accident. En différenciant limitations et problèmes, le thérapeute et le patient peuvent centrer leur énergie et leur attention sur la résolution des conséquences de la limitation ou chercher des solutions au problème identifié qui peut être lié à la dépression, à l'alcoolisme, à une décompensation de type psychotique. Au cours de l'entretien, le thérapeute identifie à quel niveau de relation le patient se situe. Elle peut être de type non

engagée (passant)[24], de recherche (chercheur), de consultance (acheteur) ou de co-expertise (co-thérapeute).

Cabié (1995, p. 132) et son équipe ont créé un arbre décisionnel. Il nous sert de guide dans l'analyse de la relation. Par exemple, un patient qui établit une relation non engagée ne reconnaît pas de problème et vient pour satisfaire la demande d'un tiers. Il vaut mieux alors travailler avec lui sur ce qu'il aime et le complimenter. On peut travailler avec lui pour savoir comment faire pour que le tiers ne lui demande plus de venir en thérapie ou pour rendre cette rencontre utile. La finalité du traitement est de se déplacer dans cet arbre en donnant au patient le pouvoir de développer de nouvelles significations et ainsi d'entreprendre de nouvelles actions. Il ne s'agit pas de changer le patient mais de le placer dans un contexte où il pourra choisir de changer. Pour chaque type de relation, nous allons étudier la demande, l'attitude thérapeutique que cela implique, la manière d'intervenir et les techniques utilisées.

LA RELATION NON ENGAGÉE

Ce type de relation est très courant en milieu hospitalier et, le plus souvent, ce sont des personnes adressées par un tiers (médecin, intervenant paramédical ou social, entourage). Le traitement d'ergothérapie peut être une condition pour sortir de l'hôpital, ou un préalable à un stage en milieu protégé ou professionnel, certains foyers acceptent des résidents à la condition qu'ils aient une activité extérieure.

La demande : le patient dit ne pas comprendre pourquoi on l'envoie en traitement, et ne se reconnaît pas de problème identifiable. Ou bien, il reconnaît qu'il y a un problème mais depuis le temps qu'il essaie de le résoudre, il pense que personne ne peut l'aider. Il peut y avoir une demande cachée de type prestation sociale.

L'attitude thérapeutique : dans son discours, le patient ne nous invite pas à mettre en place un traitement, cependant il est venu à son rendez-vous. On peut donc commencer par le féliciter, s'intéresser à ce qu'il aime, à ce qui marche bien dans sa vie, ce qui lui est utile, et réfléchir

24 La terminologie entre parenthèses est celle qu'on trouve dans les traductions françaises.

avec lui comment faire pour que le référent ne le pousse plus à suivre le traitement ou que nos rencontres lui soient tout de même utiles. Notre attitude vise à ne pas pousser le patient vers un changement qu'il n'est pas prêt à faire et qu'il ne demande pas. Cela évite d'entamer une relation de type escalade et de s'épuiser à vouloir résoudre des problèmes qui ne sont pas identifiés comme tels par le patient.

La manière d'intervenir facilite un début de coopération, puisque ensemble il faut trouver des stratégies pour que le traitement s'arrête ou soit un minimum utile. Cela oblige le patient à réfléchir à des alternatives, et débouche très souvent sur un travail constructif que le patient s'approprie quand il constate qu'il est respecté et reconnu. Si le patient reste dubitatif, le thérapeute garde une position ouverte et permissive, à la disposition de la personne. Il donne des alternatives au patient de manière à ce qu'il puisse garder aussi sa liberté de choix dans un cadre qui reste défini.

Les techniques utilisées sont celles de la conversation thérapeutique qui établit une relation de coopération au moyen de l'écoute, la curiosité, l'observation et l'utilisation du langage digital et analogique.

PIERRE[25]

Pierre a 17 ans et vient me voir à la demande de son médecin psychiatre suite à l'arrêt de son apprentissage. Depuis plusieurs semaines, il reste chez lui et s'isole. Il a peu d'activité en dehors de son ordinateur, de rares balades et le ménage dans sa chambre. Pour son père, c'est un problème d'adolescent qui va se résoudre. Lui-même trouve qu'il a vécu les mêmes choses. La mère, femme au foyer, est plus inquiète de cet isolement et de ce manque d'intérêt, ainsi que des symptômes physiques comme les nausées et les maux de tête. Elle tente de le stimuler et lui demande de faire des tâches ménagères, sans succès. Les parents ne croient pas trop aux vertus de la médecine psychiatrique. Pour eux, il n'y a pas vraiment de problème sauf que leur fils doit trouver une formation et repartir dans une vie active.

En ergothérapie, mon mandat est donné par le médecin qui souhaite que je fasse une évaluation en vue de l'établissement d'un diagnostic et d'une planification de traitement dans la perspective d'une demande de réadaptation dans le cadre de l'AI (assurance invalidité). Nous en parlons clairement au cours de notre premier entretien. Pierre admet des problèmes mais ne voit pas comment je peux l'aider. Il n'imagine pas qu'un traitement de ce type puisse apporter des solutions à son problème, mais il dit être d'accord d'essayer et de faire un bilan après neuf séances avec son médecin et ses parents.

À la séance suivante, il n'a pas d'idée sur une activité à entreprendre. Mon attitude est de le guider en offrant suffisamment de choix mais pas trop, pour qu'il puisse décider et commencer à s'impliquer tant du point de vue de l'activité, des horaires et du cadre social. Quand je

25 Tous les prénoms des différentes vignettes sont fictifs.

le voyais trop désemparé, j'ai fait des choix à sa place, les explicitant et rappelant le mandat que nous avions reçu du médecin. Malgré toutes ces précautions, le début de la prise en charge a été interrompu très souvent par des rendez-vous manqués dus aussi bien au patient qu'à sa famille.

J'informe régulièrement le médecin du peu d'engagement, des débuts laborieux, tant au niveau du rythme des rendez-vous que de la communication ; il insiste et continue d'y voir un sens. Le niveau de l'activité (fabrication d'une boîte à CD et gainage de la boîte) est complexe du point de vue cognitif et motricité fine. Pierre persiste malgré les approximations, et le résultat pas toujours satisfaisant. Je commente, je le félicite de ses trouvailles pour résoudre les problèmes rencontrés. Petit à petit, la relation se crée et se transforme en une alliance après cette phase un peu méfiante ou réservée. Je garde tout au long de cette étape une attitude de non-changement qui permet au patient de prendre confiance dans la thérapie et en lui. En fin d'activité, au moment du bilan, il choisit de poursuivre le traitement d'ergothérapie en attendant que des mesures de formation professionnelle dans le cadre de l'AI se mettent en place. Les maux physiques se sont fait plus rares, les absences aussi. À la rentrée scolaire, Pierre a commencé son apprentissage dans un milieu protégé. Il m'a téléphoné pour me donner de bonnes nouvelles.

Dans la relation non engagée, le patient ne vient pas pour lui mais pour un tiers. Les objectifs sont définis par rapport à ce tiers. Nous sommes soumis, le patient et moi, à la même contrainte et on travaille à savoir comment rendre notre collaboration malgré tout utile pour lui et pour moi sans proposer des changements. Pour le thérapeute, comme pour le patient, nous nous évitons beaucoup de frustration et de colère. Ainsi mon travail consiste à renforcer ce qui marche et, très souvent, en laissant un peu de temps, le patient finit par se positionner dans un autre type de relation qui peut être la relation de recherche.

LA RELATION DE RECHERCHE

La grande majorité de nos patients établissent ce type de relation au début du traitement. Ils sont conscients d'un problème, ils viennent d'eux-mêmes ou soutenus par leur médecin ou leur entourage, mais ils peinent à identifier clairement le problème et ne savent pas comment le résoudre.

La demande est vague, le patient se plaint mais sa description est confuse, floue. Il se sent déprimé, fatigué, dort mal sans savoir très bien ce qui lui arrive. Elle peut être « auto-annulatrice » du type « aidez-moi, mais sachez que je ne peux rien faire, c'est plus fort que moi ». Il y a celles qui abandonnent, apparemment, tout pouvoir au thérapeute, elles ne prennent plus de responsabilité. Et enfin, il y a celles qui pensent que tout irait mieux si les autres changeaient, se comportaient différemment.

L'attitude thérapeutique a pour but de ne pas entrer dans une relation de type complémentaire rigide où c'est le thérapeute qui prend les rênes du traitement ; il faut assurer le patient qu'on ne changera rien sans son accord. La première étape est de s'intéresser à la personne et de montrer de l'empathie pour les efforts déjà consentis pour sortir du problème. On commence donc par la féliciter des bons choix qu'elle a déjà faits, on cherche avec elle les exceptions à son problème et comment elle fait pour que ces moments se répètent. Le patient montre sa capacité à prendre des décisions. Cette approche facilite ensuite l'élaboration d'objectifs communs, utiles et accessibles. Ce travail a pour effet de reconnaître la pertinence des choix déjà faits, donc de reconnaître le patient dans ses compétences et ses ressources, son engagement dans la résolution de problèmes. Il augmente ainsi la confiance en lui et peut accepter d'aller plus loin dans le processus. Il peut aussi s'y référer lors d'éventuelles rechutes. Le patient apprend qu'il peut ne pas être dans le tout ou rien mais dans un espace intermédiaire de contrôle de son problème.

Le type d'intervention est donc d'aider le patient à maintenir ce qu'il sait et fait déjà. Nous l'aidons à stabiliser et continuer ce qui l'aide dans la résolution de son problème. On lui demande de prendre le temps d'observer ce qu'il veut voir continuer dans sa vie et ce qu'il veut ne pas voir continuer. Ce n'est qu'ensuite qu'un travail sur les projets d'avenir peut commencer. Comment sera son futur, car futur il y aura, c'est inévitable.

Les techniques : en plus des techniques de conversation thérapeutique, on peut y ajouter quelques moyens supplémentaires comme la technique des échelles, citée plus haut. Méthode subjective et métaphorique qui sert à mesurer les progrès ou tout autre thème intéressant pour la thérapie sur une échelle de zéro à dix. Elle permet à la fois de dire l'état au moment présent mais introduit aussi une dynamique puisque la question suivante est de savoir comment on peut monter de un point sur l'échelle. Cette technique aide à préciser les objectifs, à les rendre concrets et atteignables dans un temps raisonnable. Cela aide aussi le patient à se centrer vers le monde extérieur, à sortir de l'enfermement et de l'impasse dans laquelle il a l'impression de se trouver quand il consulte.

CLAUDINE

Je connais Claudine depuis trois ans. À bientôt 30 ans, elle a déjà une anamnèse psychiatrique importante et ne trouve pas d'issue à son problème. Même si elle n'y croit plus vraiment, elle veut encore essayer. Sa situation familiale est complexe. Elle a une grande loyauté envers sa famille tout en étant très en colère contre les abus et les maltraitances non reconnues dont elle a été victime. Elle est comme une cendrillon, rôle qu'elle accepte pour protéger cette famille qu'elle vit comme fragile, toujours prête à s'écrouler, ce qui lui donne aussi une toute-puissance qu'elle ne reconnaît pas.

En tenant compte de son passé institutionnel, mon travail a été d'établir une relation stable ne visant pas de changement important. Puis, j'ai profité des ouvertures possibles dans l'activité et les échanges pour travailler son droit à l'intimité, à l'autonomie, à dire non. Je me suis appuyé sur les ressources qu'elle montrait en ergothérapie. Elle a du talent dans les activités manuelles, et grâce à cela j'ai valorisé, renforcé son estime d'elle-même lui permettant parfois de prendre un peu de distance par rapport à sa famille. J'ai toujours cherché avec elle ce qu'elle réussissait et j'ai travaillé à amplifier ses mouvements.

J'ai utilisé les échelles pour qu'elle puisse se situer et voir que tout n'est pas une catastrophe. Avec son médecin, on sème des graines régulièrement, c'est-à-dire des suggestions par rapport à sa prise d'autonomie. À ce jour, elle touche l'AI et peut commencer à imaginer qu'elle pourrait quitter le foyer familial. Oh ! pas tout de suite !

Je pense que la plupart de nos patients se situent à ce niveau-là. Ils savent que ça ne va pas et attendent du thérapeute qu'il résolve leur pro-
blème. Quand ces patients-là sont encouragés, revalorisés, reconnus dans leur problème et leurs succès, ils progressent et ils s'aperçoivent qu'ils possèdent quelques outils qui leur sont propres et avec lesquels ils peuvent poursuivre leur chemin de façon moins douloureuse. Quand ils commencent à pouvoir étendre les solutions trouvées à d'autres situations, on peut dire que nous les avons aidés à développer une relation de consultance.

LA RELATION DE CONSULTANCE

Ce sont les patients avec qui le cheminement se fait plus aisé. Le patient a un objectif mais il ne connaît pas ou mal les ressources qu'il possède et peut mettre en œuvre.

La demande : le patient identifie clairement le problème, il invite au traitement mais ne sait pas comment s'y prendre. Il vient chercher des conseils et est, en grande partie, prêt à les suivre, à essayer.

L'attitude thérapeutique, comme précédemment, est de féliciter, de complimenter, et de renforcer le patient dans sa réussite. On développe aussi avec lui une démarche psycho-éducative en donnant des

informations, en amplifiant les mouvements déjà amorcés, en développant sa capacité à créer lui-même des alternatives, des contextes de choix.

Le type d'intervention: notre travail devient assez simple. Nous encourageons et soutenons le patient dans son effort de continuer ce qui marche. On lui demande des tâches d'auto-observation comme nommer ce qu'il aimerait voir continuer, mettre en place des attitudes ou des comportements différents qu'il aura choisis. On travaille les différences qui apparaissent, et analyse ce qui est utile ou pas.

Les techniques sont toujours les mêmes. Vous y ajoutez les échelles et toutes les questions qui permettent d'élaborer ce qui sera différent quand le problème sera résolu. Vous cherchez, avec le patient, les moments d'exceptions ou de réussites et les ressources qu'il a utilisées pour résoudre son problème ou agir différemment, et vous amplifiez ces mouvements.

MARTINE

Martine est une patiente adressée par le CMS (Centre médico-social) pour une intervention à domicile. C'est elle, avec l'appui de son médecin, qui estimait qu'elle avait besoin d'une aide pour son ménage. Le CMS, après analyse, ne pouvait répondre à la demande. En effet, il ne s'agissait pas seulement d'une aide au ménage mais d'un soutien psychologique, d'un étayage structurel important. Martine connaît parfaitement ses difficultés. Elle fait un excellent travail en psychothérapie. Rapidement, elle a pu définir ses problèmes et ce qu'elle attendait de moi. Clairement, je suis un témoin des efforts réalisés au quotidien. Elle n'attend pas que je fasse les choses, elle attend des confirmations, des pistes, et elle fait le travail. Son enfance et sa vie d'adulte ont été un calvaire. Aujourd'hui, elle tente de se restaurer, de reprendre vie et elle a besoin de témoin, comme l'adolescent a besoin de ses parents, pour l'encourager et le rassurer. Ce travail la confirme dans ses ressources et ses compétences qu'elle croyait perdues.

Ce type de relation n'en est pas moins exigeant. L'attention, le respect, l'écoute sont redoublés pour que le patient apprenne à se féliciter lui-même, et à utiliser ses propres outils pour augmenter son autonomie. Avec Martine, c'est difficile de l'aider à s'approprier complètement les rênes. Elle a tendance à se positionner dans une relation de dépendance qu'elle connaît bien. Tout cela nous amène vers un type de relation que l'on rencontre en fin de traitement, quand les différentes étapes ont été franchies.

LA RELATION DE CO-EXPERTISE

Je ne m'étendrai pas sur cette relation. On la rencontre peu souvent dans nos ateliers. La demande d'aide est travaillable, le patient connaît

son problème, il a des objectifs précis et il a les ressources pour y arriver. Il suffit pour nous de stimuler la créativité du patient, de l'encourager et le confirmer. Nous l'aidons à mettre en œuvre ses propres stratégies et très rapidement il fait tout cela lui-même.

CHRISTINE

Actuellement, je travaille avec Christine, 42 ans, qui, très tôt, a vécu une relation fusionnelle et parentifiée avec sa mère suite au divorce des parents. La relation avec son père était marquée par la peur et l'autorité. Ce parcours l'a conduite après des études universitaires et quelques tentatives de travail à un statut d'invalide accompagné d'une rente depuis dix ans. Quand elle a commencé à venir en ergothérapie, elle décrivait son univers comme un bocal à poisson et elle était le poisson sans voix (sans voie) qui n'arrive pas à sortir. Après deux ans, elle travaille à deux postes différents à mi-temps, elle a repris les rênes de son traitement. C'est elle qui définit les objectifs, qui les met en œuvre. Elle dit elle-même qu'elle a une boite à outils et qu'elle puise dedans même si elle ne les maîtrise pas tous. Elle pose des questions, réfléchit et met en place les stratégies de changement. Depuis peu, elle espace les séances de traitement et envisage une fin de prise en charge pour se consacrer à des projets extérieurs au monde médical.

Avant de terminer, j'ajouterai que ce travail de définition de la relation se fait dans un processus interactionnel et qu'il tient compte du contexte de la demande. Il est bien évident que lors d'urgence ou de situation à risque comme de la violence ou une grave dépression, le thérapeute redevient directif et pense d'abord à préserver la personne et son entourage.

ÉLABORATION DES OBJECTIFS (À LA PLACE DE PROBLÉMATIQUE)

La TBCS s'intéresse très peu à la description du problème. Au cours de leur travail de recherche clinique, De Shazer (1995, p. 559) et son équipe se sont aperçus que c'est un changement quelconque qui permet d'introduire une différence et qui crée le début d'un mouvement dynamique, d'une reprise évolutive (Berg, De Jong, 1998, p. 18).

L'accent est mis sur l'élaboration des objectifs dans le cadre d'une relation sur le mode de la coopération et de la négociation. On parle aussi de circularité de mandat. Penser la relation sur ce mode évite de tomber dans le piège ou la facilité de dire que si le traitement ne marche pas, c'est la faute du patient et de sa résistance au traitement. Ce concept n'est pas utile et ne favorise pas le travail thérapeutique. Il ne fait qu'augmenter la

non-coopération. Par contre, le patient peut avoir une appréhension légitime de se lancer vers l'inconnu, l'admettre ouvre une vraie négociation. L'élaboration des objectifs est un travail long, exigeant pour nous mais aussi et surtout pour le patient. On lui demande de parler de ce qu'il veut voir changer et non plus de ce qu'il ne veut plus, ce qui est un bouleversement épistémologique ! On lui demande de définir un résultat. Rappelons qu'un objectif (Beauzée et coll., 2002, p. 92) est d'abord un repère important et indispensable à tout traitement. Il donne un sens et une direction à nos actions et à celles du patient.

Notre rôle de thérapeute consiste essentiellement à aider le patient à nommer ces objectifs au moyen de questions ouvertes et de type circulaire et orientées sur le concret, « les patients doivent préciser les changements qu'ils souhaitent voir se produire, mais c'est à nous de nous assurer que ces objectifs sont accessibles et suffisamment concrets pour que nous puissions savoir quand ils sont atteints » (O'Hanlon, Weiner-Davis, 1995). Pour être efficaces, ces objectifs doivent répondre à certains critères (Cabié, Isabaert, 1997).

L'objectif est celui du patient et doit avoir suffisamment d'importance pour lui. S'il ne coïncide pas avec le nôtre, il faut accepter d'être plus humble et « moins aidant ». D'autant que cela évite la rupture de la relation de coopération. Il n'est pas présenté comme facile à atteindre. Le thérapeute est conscient de l'importance des efforts nécessaires à la réalisation de l'objectif. Pour éviter qu'il soit inatteignable, il doit être petit. Un grand problème est subdivisé en problèmes plus petits et circonscrits, et chacun d'eux est abordé un à un, augmentant ainsi les chances de succès et la confiance en soi. Il doit aussi être réaliste et réalisable. Le thérapeute reste attentif au contexte : un objectif apparemment simple et réaliste peut ne pas l'être. Pour certain patient, très perfectionniste, il s'agit aussi de négocier une baisse des attentes et une augmentation du taux d'autosatisfaction. Si l'objectif est irréaliste, on peut répondre : « O.K., vous aimeriez en être là, et si on arrive jusque-là un peu avant, n'est-ce pas déjà un signe que vous êtes sur la bonne voie ? »

L'objectif est formulé en termes de comportement (concret). Sa formulation est primordiale. Elle doit contenir des verbes d'action et des éléments mesurables. Par exemple : « Combien de décisions devrez-vous prendre pendant cette séance pour être satisfaite ? » – « À quoi verrez-vous

que votre travail a bien marché aujourd'hui ? » Souvent le patient propose des objectifs tels que « avoir plus d'estime de soi », « être moins timide », « se sentir heureux », « être capable de se concentrer ». Le thérapeute oriente les questions vers : « D'accord, que ferez-vous de différent quand vous aurez plus d'estime de vous ? » et pousse l'échange sur des points de détail très concrets pour qu'ils deviennent atteignables. Il s'agit aussi de tenir compte de l'environnement familial, social ou professionnel et des effets que la réussite de l'objectif peut avoir sur l'ensemble du système, tels que : « Quelle réaction aura votre entourage quand vous aurez réussi cette activité ? Quel effet leur réaction aura-t-elle sur vous ? Qu'est-ce que cela change pour eux quand vous venez en ergothérapie ou que vous réussissez telle ou telle activité ? »

Dans le modèle traditionnel, le thérapeute se centre sur le problème, sur ce qu'il faut faire pour le résoudre, ce qui oblige le patient à y penser. Si le patient se centre sur la solution, il n'a plus à penser au problème qui peut alors se « dissoudre » et être remplacé par de nouvelles habitudes. Donc l'objectif décrit la présence d'une solution plutôt que l'absence d'un problème. Par exemple : « Que ferez-vous à la place de faire ceci ou cela ? » L'objectif marque le début d'un processus et non son aboutissement. En ergothérapie, l'activité n'est pas un but en soi. Elle est d'abord le moyen d'une reprise évolutive, le début d'un processus qui amène le patient, petit à petit, vers une amélioration de sa qualité de vie. La plupart des patients commencent par des activités simples. Ils évoluent ensuite vers plus de complexité sans toujours s'en rendre compte. Les objectifs sont l'occasion de rappeler que pour mener à bien un projet, comme dans toute activité, il faut mettre en place des étapes, un rythme de travail.

À la lumière de ces critères à la fois simples et exigeants, on comprend bien que c'est un travail difficile pour le thérapeute et pour le patient. Dans cette phase, l'essentiel du travail du thérapeute est de contextualiser (mettre les détails concrets en lumière) au maximum, pour avoir le meilleur résultat possible. Nous soutenons le patient par nos connaissances « techniques » en posant des questions sur le sens que le patient donne à son projet thérapeutique. Il s'agit aussi d'explorer les changements précédant la séance, ce qui sera différent à la fin de la thérapie et qui montrera que les objectifs sont atteints. Pour être plus concret, voici des exemples de questions possibles : « Où voulez-vous aller ? » – « Comment

saurez-vous que vous êtes arrivé ? » – « Quelles sont les différentes étapes à franchir ? » – « Quels moyens allons-nous utiliser ? »

Ce travail autorise la réintroduction des étapes, du temps et d'un rythme. Le thérapeute peut poser la question : « Quel sera le tout premier signe qui montrera que les choses commencent à être dans la bonne direction ? » Cette question montre à quel point il est de première importance de définir l'objectif comme un résultat recherché et non pas comme la description du programme. L'objectif répond à la question : « Quoi ? » Les moyens d'atteindre l'objectif répondent à la question : « Comment ? »

Nous savons, par expérience, que la réalité du terrain n'est pas aussi claire et limpide que ce qui est décrit dans les livres. Combien de fois on se retrouve à la fin d'un entretien sans objectifs, ou bien si approximatifs et généraux qu'ils ne sont a priori pas très utiles : « En réalité, les clients arrivent souvent avec des objectifs flous et contradictoires, … ou qu'ils sont incapables de formuler précisément » (De Shazer, 1985, p. 8). Cela peut être notre responsabilité si nous n'avons pas su insister, relever, questionner utilement. Cela peut être aussi lié au niveau de relation et à l'état du patient. Il peut ne pas arriver à définir un objectif suffisamment clair et envoie probablement le message prévenant de ne pas pousser au changement. Il vaut mieux alors lui demander de continuer et renforcer ce qui marche déjà. Quand le patient ne parvient pas à préciser de lui-même ses objectifs, notre rôle est de le faire à sa place en vérifiant bien entendu qu'il est d'accord avec l'objectif proposé et que le fait de l'atteindre va effectivement permettre de résoudre son problème.

Le rôle de l'ergothérapeute est d'identifier le problème en utilisant les techniques de co-construction, de recadrage qui permettent déjà de modifier un peu le sens que le patient attribue à son problème et qui l'enfermait dans une impasse. Le travail thérapeutique ouvre vers des espoirs de changement et l'élaboration d'objectifs par le patient qui s'approprie ainsi les buts qu'il se donne.

PLANIFICATION DU TRAITEMENT ET SON APPLICATION

Assez de théorie… Mais comment rendre compte d'une pratique sur le papier ? C'est un grand défi. Comment rendre compte du cœur et de l'âme de la thérapie ? Comment faire voir et entendre toutes les subtilités du

regard, de la voix, des silences, des gestes, d'un climat particulier, du regard qui s'illumine et qui marque un moment clé de la thérapie ? Comment raconter la joie d'un patient qui revient à la séance suivante et relate les changements qui ont eu lieu pour lui mais aussi pour son entourage familial, social ou professionnel ? Je fais donc confiance à vos expériences et à votre imagination pour créer cette dimension indispensable au traitement et à son évolution.

Le traitement commence dès le premier contact avec le prescripteur qui peut être un intervenant, l'entourage, ou le patient lui-même. De précieuses informations sont échangées à ce moment-là et permettent déjà de situer le type de relation qui va s'instaurer. C'est aussi à ce moment-là que nous invitons la personne à nous donner les informations qui lui semblent utiles pour démarrer le traitement d'ergothérapie. Ainsi, il m'arrive parfois de n'avoir aucun contact avec le médecin, de ne pas connaître précisément l'indication. Ce qui n'est pas gênant puisque, avec ce modèle, on utilise les ressources et les compétences du patient. Selon le cas, je décide ou pas, avec l'accord du patient, d'appeler le médecin.

JOSIANE

Je rencontre Josiane qui sort d'un séjour hospitalier spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme. Son médecin pense à l'ergothérapie pour maintenir les acquis de l'hospitalisation. À moyen terme, la patiente pense reprendre une activité professionnelle qui correspond à un 10 % de travail.

Thérapeute : En quoi l'ergothérapie peut vous être utile pour ce projet ?
Josiane : Mon médecin a trouvé que c'était bien. Elle m'a dit : « Ça va vous permettre de vous structurer. » Ce n'est pas une occupation. Elle a parlé de structure…

T. : Oui, d'accord, et vous, vous en pensez quoi ?

J. : En fait, je vais découvrir de quoi il s'agit… parce que je ne connais pas l'ergothérapie… ce que je ne voudrais pas, c'est me retrouver avec des gens déprimés, mais vous m'avez dit qu'il y avait toutes sortes de caractères.

Cette brève interaction nous donne déjà plusieurs informations. La première est que venir en ergothérapie n'est pas sa demande. Elle craint la confrontation avec des personnes souffrantes. Les mots « ergothérapie » et « structure » signifient l'inconnu et l'inquiètent. Dans la suite de l'entretien, elle explique son problème d'alcool et comment elle y fait face avec le soutien des AA (Alcooliques Anonymes), de son mari, de son médecin et des activités quotidiennes qu'elle a mises en place comme la gymnastique, les courses, le repas, etc. Elle semble déjà bien organisée. Que peut bien venir faire l'ergothérapie là-dedans ? Elle connaît son problème, elle se donne les moyens de le résoudre, suit son programme, elle est dans une relation de recherche. Seulement, dans cet entretien, elle semble plutôt dans une relation non engagée, dans le sens où elle ne voit pas ce que peut lui apporter ce type de traitement.

Ce qu'elle confirme quand je lui demande :
T. : Vous vous sentez à combien dans votre équilibre (plus tôt, elle a parlé de troubles bipolaires), si 10, c'est un bon équilibre.
J. : Je me sens à 8-9.
T. : Et à quoi voyez-vous que vous êtes à 8-9 ?
J. : Parce que je me sens bien, j'ai du plaisir à vivre.

Elle précisera ensuite toutes les activités qu'elle fait durant ces journées et confirme être sur la voie de la guérison. Comme elle sent que je suis à la recherche d'un problème qui justifierait sa présence à l'ergothérapie et qu'elle est loyale à son médecin, elle parle d'une difficulté à persévérer.

J. : Mais j'ai une tendance à ne pas persévérer.
T. : Dans quelle condition ?
J. : Mais par exemple, je pensais à l'aquarelle que je n'ai pas retouchée depuis presque une année, peut-être que ça viendra.
T. : C'est dans ce sens-là que vous parlez de persévérer ? Par exemple, votre repas de midi, vous le faites d'un bout à l'autre, vous n'attendez pas que votre mari revienne ?
J. : Plus maintenant. Avant il faisait tout et j'apprécie beaucoup, j'ai de la chance d'avoir mon mari qui ne m'a pas quittée, qui est tout heureux de mon changement, et comme il a son travail j'évite de le charger, justement j'ai cette fierté d'avoir repris…
T. : Repris vos tâches, d'être une partenaire ?
J. : Être responsable.
T. : Ce que vous n'aviez plus été pendant deux-trois ans, donc c'est aussi reprendre un rôle, une place.
J. : Et j'ai du plaisir, même si ce n'est pas toujours affriolant, mais ça fait partie de nos tâches.
T. : Bon… Y a-t-il d'autres choses qui vous permettraient de savoir que vous avez atteint votre but ?
J. : (court silence) : Justement, de réaliser un objet, le terminer, communiquer avec les autres.
T. : Qu'est-ce que ça changera pour vous de terminer un objet ?
J. : Une satisfaction.
T. : Une satisfaction, oui … Et la satisfaction, ça vous amène quoi ?
J. : La confiance en moi, du bonheur.
T. : Et cette confiance en soi vous fait faire des choses différemment avec votre entourage ?
J. : Oui (silence perplexe).

Cette piste nous amène à réaliser qu'elle prend ses responsabilités, elle est active et suit son programme. Elle semble plus persévérante qu'elle ne le dit et le pense. Donc « être capable de persévérer » ne constitue pas un objectif. Ce qu'elle confirme en partie. Elle formule ensuite une demande de développer sa créativité et l'envie de réussir des tableaux en aquarelle. Je n'entre pas en matière. Je trouve cette activité trop floue et personnelle. Mon idée est plutôt de chercher une voie qui permettra qu'ensuite elle se lance chez elle dans cette activité.

On se retrouve face à plusieurs problèmes mettant en jeu la finalité, les buts et objectifs du traitement. Dans ces brefs extraits, on s'aperçoit que la patiente n'a pas une demande claire de traitement, elle s'occupe déjà à la maison, suit d'autres thérapies et souhaite faire de l'aquarelle.

À aucun moment, je ne réponds à cette demande ni ne réoriente la patiente vers un autre type de thérapie ou vers des cours artistiques. Il est probable que mon esprit était occupé à répondre à la demande du médecin et à l'idée qu'il ne faut pas laisser une alcoolique sans soutien après la cure. Il y a eu une élaboration d'objectifs mais aucun n'était réellement porteur d'un projet de la patiente. Comme elle respecte ses thérapeutes et veut maintenir sa guérison, elle n'a pas protesté et a tenu son contrat : réaliser une broderie jusqu'au bout en travaillant en partie à la maison. Puis elle a arrêté le traitement.

Dans cette situation, l'important sera de bien conclure, de lui donner le message qu'elle a déjà mis en place une structure suffisante et qu'elle est compétente pour continuer sans ergothérapie. Cette vignette est exemplaire dans ce qu'elle montre du travail d'écoute de ce que veut le patient et de ce qui est important pour lui. Quand ma patiente me dit qu'elle est à 8-9 dans son équilibre, j'aurais dû lui demander ce que cela représentait pour elle, et si elle pensait qu'elle devait monter à 10, j'aurais mieux compris ce qui pouvait l'aider. Cet exemple montre comment on peut fixer des objectifs qui n'en sont pas et finalement ne pas être très utile dans le processus évolutif, gardant le patient dans une dépendance aux thérapeutes plutôt que l'aider dans son projet de se responsabiliser.

Dans le cas suivant, j'essaie de montrer de manière plus complète l'application de la théorie présentée mettant en évidence le rôle de l'ergothérapeute, les principes et les moyens de traitement.

FABIENNE

Fabienne est une jeune femme de 30 ans. Habillée sobrement et sombrement, elle me fait penser à une veuve italienne. Elle est corpulente, son visage rond et lisse est encadré de cheveux mi-longs noirs. Elle a une attitude réservée et timide. Elle ne connaît pas l'ergothérapie mais se dit prête à tout pour aller mieux et pour suivre les conseils de son médecin. Ses troubles ont commencé par des problèmes somatiques. Face à l'anxiété de sa patiente et ne trouvant rien d'organique, son médecin généraliste lui conseille une consultation en psychiatrie.

Fabienne s'est mariée contre l'avis de ses parents, avec un homme d'origine arabe. Ce dernier souffre de problèmes d'alcool, de dépendance aux jeux, et de comportements violents. Fabienne est amoureuse de son mari et lui trouve des excuses. Elle ne l'abandonnera jamais. Actuellement, le couple vit séparé mais se voit tous les jours. Sur le plan professionnel, la patiente a travaillé dans l'entreprise familiale jusqu'à la faillite. Elle connaît le chômage, fait des courtes tentatives de travail dans des milieux inconnus sans pouvoir s'y adapter. En arrêt maladie et sans perte de gain, elle vit financièrement de l'aide sociale. Elle a déposé une demande AI pour une réhabilitation ou une rente. À l'époque où je fais sa connaissance, Fabienne n'a pas de domicile et vit alternativement chez sa mère ou son père.

Méfiante vis-à-vis de la psychiatrie et opposée à toute médication, elle accepte un minimum d'anxiolytique et d'antidépresseur pour ne pas perdre la relation avec sa thérapeute.
Elle craint que cela lui change sa personnalité. Fabienne reconnaît en partie son problème mais ne sait pas comment le résoudre. Son idée est surtout de redevenir comme avant.
Pour Fabienne, il s'agit d'être à nouveau psychiquement normale, sans angoisse ou perception bizarre. Elle ne remet pas ou très peu en question son mode de vie antérieur, les impasses dans lesquelles elle s'est trouvée et qui l'ont menée à cette décompensation. À ce propos, il faut se référer au travail d'Ausloos (1995, p. 32) qui ne promet pas à ses patients de les aider à redevenir comme avant. Il les aide à devenir «comme après». Faire revenir les personnes comme avant, c'est les faire revenir à la situation problématique. Et pourtant, c'est parfois ce qu'ils nous demandent, et cela exige de notre part beaucoup d'humilité et de respect pour accepter de longues phases de non-changement.

En choisissant de venir en ergothérapie, elle décide de suivre les prescriptions de son médecin bien qu'elle craingne l'inconnu et la nouveauté. Fabienne n'accepte pas l'idée d'être malade psychiquement. Elle montre son angoisse par la répétition des mêmes questions et le besoin de réassurance et de confirmation de ma part. L'ergothérapie représente pour elle son incompétence. En effet, elle va donc si mal qu'elle doit suivre une thérapie qui lui rappelle l'école enfantine. Fabienne se situe entre une relation non engagée et de recherche.
Elle craint les changements. J'éviterais d'en introduire de trop importants. Elle pense que l'ergothérapie peut lui être utile pour ses problèmes de concentration, de confiance en elle qui l'empêchent de réaliser ses tâches de la vie quotidienne, comme poster une lettre, faire la vaisselle, etc. Elle craint les activités manuelles, et préférerait faire de l'informatique ou de la peinture. Elle choisit un foulard en soie préimprimée. Elle oriente ainsi correctement son activité puisque c'est une manière de faire de la peinture à partir d'un motif existant tout en acceptant un minimum de nouveauté de par la technique. Cette activité lui demande de la concentration et l'oblige à prendre des décisions sur le choix des couleurs, par exemple. Elle commence à faire un travail sur l'affirmation de soi et la confiance en soi qu'elle utilisera pour mettre des limites à son mari. Je mets en place le projet de peinture sur soie en introduisant des étapes d'apprentissage. Elle fait des essais sur des motifs plus petits, elle apprend à poser les couleurs, à faire des dégradés. Elle peut observer ses capacités de concentration, d'habileté motrice. Tout cela permet d'éviter un échec qui serait catastrophique pour Fabienne à ce moment-là.

Pendant les séances, je souligne les réussites, je mets en évidence ce qu'elle a compris, les initiatives qu'elle prend et j'évoque tout ce qui constitue un processus d'apprentissage «essai-erreur». Elle se familiarise avec les outils, le matériel, l'espace, la relation avec moi. Je réponds à ses demandes de confirmation devant une grande difficulté à opérer des changements, à faire des choix personnels et à les assumer. Elle cherche constamment à être rassurée. Chaque fois que je le peux, je la pousse à se définir, à clarifier ce qu'elle veut et ce qu'elle pense. Fabienne constate que l'activité lui permet de se concentrer et de moins penser à ses problèmes. Elle se sent plus sûre d'elle dans l'activité et s'autorise des changements de couleurs par rapport au modèle. Je relève aussi sa capacité à oser faire de petites expériences mais aussi sa grande prudence. Fabienne me répond qu'elle éprouve beaucoup de difficultés à faire tout cela. Le message est bien de ne pas trop la stimuler et de suivre le rythme de la patiente qui, par ailleurs, vit des moments très difficiles dans son environnement familial.

De manière générale, Fabienne progresse dans une stabilisation de son humeur. Toutefois, elle présente encore de fortes angoisses, craignant le retour des troubles des premiers moments de sa maladie, éprouvant des sensations d'irréalité. Dans ces moments-là, ses pensées tendent à devenir obsessionnelles sur le thème de la rechute. Elle reste vulnérable aux changements dans son contexte de vie comme le départ en vacances de sa mère ou de ses thérapeutes ou l'introduction de physiothérapie ainsi que d'une évaluation dans un centre spécialisé. Elle pense que cela va la rendre encore plus malade.

J'essaie, par différentes métaphores, de lui montrer que pour soigner et aider, nous avons besoin d'outils et que sans cela on ne pourra pas proposer des étapes de traitement et entrer dans un processus de guérison. Elle reste convaincue que ce n'est pas là la bonne façon de l'aider. Elle craint que tout changement provoque une régression qui la replacera dans la situation effrayante et angoissante qu'elle a connue au début de sa maladie. Je choisis donc de relever ce qui va bien dans les séances, soulignant les changements qu'elle-même a pu initier, même si ce n'est pas parfait.

Dans cette phase du traitement, la difficulté pour le thérapeute est de suivre à la fois la demande du patient qui est de ne rien brusquer et de soutenir un changement en utilisant des instruments thérapeutiques opérants. Si nous comprenons ses craintes dans un contexte élargi, on peut considérer qu'elle a de bonnes raisons de ne pas vouloir suivre une thérapie plus intensive. Notre travail est de l'accepter et de trouver une voie qui soit plus utile à la patiente.

L'ergothérapie est ici très utile. Elle permet l'observation de ses comportements. On peut alors les travailler directement, dans l'ici et maintenant, en cherchant d'autres manières de faire. L'ergothérapie aide le patient à se détourner du comportement en se centrant sur autre chose. Petit à petit, j'observe que Fabienne a une meilleure estime d'elle-même, un sentiment de sécurité s'installe, et une relation de confiance s'établit avec moi. Elle accepte de réaliser d'autres activités pour se confronter à la nouveauté.

Six mois après le début de ce traitement, Fabienne évoque à nouveau son histoire familiale et attribue ses problèmes actuels à une succession d'événements angoissants tels que la faillite de l'entreprise familiale, la séparation difficile et agitée de ses parents, les troubles anxieux de son père, l'opération de son mari qui s'est réveillé en ne reconnaissant pas son entourage. Elle évoque donc un climat d'anxiété générale ainsi qu'une vision terrorisante de la psychiatrie. Face à cette nouvelle montée des symptômes, je relève toutefois les progrès réalisés en ergothérapie. Elle a accepté ce traitement, a pris de l'assurance, a accepté un changement de médication, mis en route la thérapie de couple. Ses angoisses sont moins fortes et elle les contrôle mieux. Fabienne reconnaît tout cela et admet qu'elle va mieux. Elle a repris certaines activités de la vie quotidienne. Elle dit aussi qu'elle se sent très fragile et que presque tous les jours, elle traverse des instants de dépression et d'angoisse.

En automne, Fabienne présente un mouvement régressif important. Ses angoisses, les pensées obsessionnelles ainsi que des vérifications augmentent. Elle cherche la perfection à l'excès. Elle pense que, finalement, ses problèmes sont peut-être dus à un vaccin d'hépatite qu'elle a eu peu de temps après le début de ses troubles. Ce mouvement correspond aussi à l'échéance que sa mère lui a donnée concernant le logement chez elle. Fabienne doit chercher un appartement qu'elle veut le plus près possible de sa mère. Elle est confrontée au problème d'argent et de caution pour cet appartement. La chance lui sourit : après trois mois de recherche, elle obtient un appartement à proximité.

Fabienne se sent suffisamment en sécurité pour centrer son attention sur son travail, pour ne pas demander d'aide directe immédiatement. Par contre, elle pose beaucoup de questions concernant ses difficultés familiales et conjugales et demande des conseils pour prendre des décisions utiles. Lors du changement d'activité, elle dit clairement qu'elle veut éviter toute nouveauté qui provoque de l'anxiété. Elle peut exprimer son besoin de stabilité et de maintien de ce qu'elle connaît. Je lui demande alors : « À quoi verrez-vous que nous n'avez plus besoin d'ergothérapie ? » et elle me répond : « Quand je n'aurai plus peur d'affronter de nouvelles choses, et donc que je serais capable de me débrouiller seule. » Et elle ajoute : « quand je me serai suffisamment exercée pour que les choses soient faciles. » La relation évolue. Elle reconnaît ses problèmes, repère et utilise ses ressources. Elle cherche des solutions et fait des choix qui lui sont propres et qu'elle argumente. On commence à entrer dans une

relation de coopération où elle prend de plus en plus de décisions. Elle choisit une activité nouvelle en se posant la question suivante : « Suis-je capable d'apprendre et de m'adapter à une activité inconnue ? »

Malheureusement, ses recherches d'appartement et ses relations familiales tendues la perturbent beaucoup. Elle se rigidifie et cherche une perfection inatteignable dans sa peinture acrylique. Rien ne doit dépasser, tout doit être parfait et lisse, sans nuance et coller à la réalité de l'objet qu'elle peint. Cela atteint une intensité incroyable. Je verbalise, sachant que nous sommes au cœur d'une difficulté importante et qu'il faut laisser ces éléments émergés pour les réutiliser plus tard, dans un moment où elle pourra être réceptive. Métaphoriquement, j'ai l'impression que cet effort pour rendre son dessin si parfait, sans contraste ni nuance, est à l'image de ce qu'elle voudrait dans sa vie familiale ; une famille sans ombre, sans relief, fusionnelle et indifférenciée. Le temps se fige, renforce encore quand le médecin exigera une évaluation plus approfondie dans un hôpital et qui devient une condition pour la poursuite du traitement avec lui. Fabienne fera l'effort d'une première visite mais n'ira pas plus loin, ce qui entraînera la rupture de la relation thérapeutique avec son médecin. Elle continue l'ergothérapie, trouvant là un espace sécurisant tout en lui permettant d'envisager de petits changements qu'elle peut réaliser à son rythme.

C'est avec le compte rendu d'un entretien de bilan que je voudrais illustrer maintenant cette situation. Le but est de rendre compte de ce que peut être un entretien, avec ses imperfections, ses tours et ses détours.

Thérapeute : Qu'avez-vous appris en réalisant cette activité ? (peinture d'une nature morte pour un plateau en rotin).
Fabienne : J'hésite trop, je suis trop indécise, et aussi trop perfectionniste et ça me fatigue beaucoup. Si tout n'est pas parfait, ça me fait mal dans ma tête. Bon, si la décision est prise, ça va. J'ai envie que ça avance, ça ne peut pas rester comme ça éternellement.
T. : Que faudrait-il pour que ça avance ?
F. : Il faut que je sois plus sûre de mes choix, je ne suis pas sûre de moi.
T. : A quoi verrez-vous que vous êtes plus sûre de vos choix ?
F. : Je ne remettrai pas en question ma décision.
T. : Et quel effet cela aura pour vous de ne pas changer votre décision ?
F. : Ce sera plus agréable.

La conversation tourne en rond, la patiente reste dans des réponses générales et contenant des négations et des reproches implicites. Ce type d'échange est très courant. Pour chercher à en sortir, le réflexe premier est de chercher à comprendre, à poser des hypothèses.

T. : Est-ce que cette difficulté de décider est peut-être une façon d'éviter des confrontations ou d'entreprendre d'autres choses dont vous craignez les conséquences ?
F. : Oui, peut-être, mais je ne sais pas…

Ici, j'oriente la réponse de la patiente, signe que je cherche une porte de sortie et que je ne suis plus à son écoute. D'ailleurs, elle ne prend pas cette perche qui ne semble pas correspondre à sa réalité. Théoriquement, nous sommes au cœur de la problématique sur les effets du changement. Si Fabienne arrive à faire des choix, cela modifie ses relations avec sa mère, elle aura moins besoin d'elle ; avec son père, il ne lui téléphonera plus aussi souvent, avec son mari, elle pourra se dégager d'une relation de co-dépendance, et avec ses thérapeutes, elle peut penser que les thérapies vont s'interrompre. Ce passage de l'entretien montre que l'équilibre est délicat et que la notion de changement est relative. J'insiste sur le respect du rythme du patient tout en clarifiant les enjeux. Un certain inconfort pour le patient n'est pas forcément négatif. Cela lui permet tout de même de se positionner.

T. : Ce n'est qu'une hypothèse, mais cela vous évite pour le moment en tout cas de faire des choix, que ce soit pour la médication, la décision avec votre mari, de faire des projets…
F. : Oui, peut-être. C'est vrai que c'est important pour moi d'être avec des personnes que je connais, ma famille. C'est comme ça depuis que je suis toute petite, à l'école enfantine…
T. : Oui, vous m'avez raconté. Cependant aujourd'hui ces comportements vous handicapent dans votre vie d'adulte. Voyons comment l'ergothérapie peut vous être utile.
Vous disiez que votre vie serait plus agréable si vous pouviez faire des choix et vous y tenir…
F. : Oui, il faudrait que je fasse un choix, que je me force et que j'aille jusqu'au bout, même si je me sens mal.
T. : Donc, si je comprends bien, il faudrait vous arrêter à un seul choix en vous forçant et vous y tenir même si vous vous sentez mal. Et quoi d'autre ?
F. : Il faudrait que je sois capable de réaliser des choses nouvelles et avoir un bon résultat.
T. : En quoi cela serait utile pour vous ?
F. : Cela me redonnerait confiance en moi.
T. : En quoi est-ce utile d'avoir confiance en vous, est-ce que ça change des choses dans votre vie quotidienne ?

La conversation s'oriente à nouveau sur le besoin d'augmenter la confiance en soi. La question se fait un peu plus précise autour des effets dans la vie quotidienne de la patiente.
Ce qui permet à la fois de concrétiser la finalité de l'ergothérapie et de contextualiser ces changements.

F. : Je vois à la maison, quand j'étais très mal, je ne faisais plus rien, je ne pouvais plus faire la cuisine, ni laver la vaisselle. Maintenant je refais tout cela naturellement.
T. : Donc, ça vous aide dans votre vie quotidienne de voir que vous pouvez réussir des choses, et quoi d'autre ?
F. : Eh bien ! je vois qu'avant la dépression déjà, je subissais beaucoup de choses, j'acceptais beaucoup de choses négatives pour moi, je ne me rendais pas compte de ce qu'il m'arrivait. Par exemple avec mon mari, j'ai enduré beaucoup de choses mais je ne voyais pas que cela me faisait du mal. Aujourd'hui, ce qui a changé, c'est que je croyais que c'était les médicaments qui me rendaient comme ça, mais je vois maintenant que je dois accepter que je supporte moins de choses que la plupart des gens, je réalise que je ne supporte pas certains stress, certains conflits avec mon mari.
T. : Oui, cela change pour vous de savoir cela.
F. : Bon, c'est un trouble du comportement et puis j'ai aussi appris à mieux gérer les attaques de panique, et je vois que je dois aussi rester intransigeante sur certains points pour retrouver mon équilibre. Par exemple, ne pas revivre avec mon mari tant qu'il a son problème d'alcool, mais j'ai besoin de le voir tous les jours.
T. : D'accord, et ces limites que vous mettez vous aident à faire des bonnes choses pour vous et votre famille. Qu'est-ce que cela vous apprend de mettre des limites, qu'est-ce que votre médecin vous apprend en décidant d'arrêter le traitement avec vous, de mettre ses limites ?
F. : Je ne vois pas, je suis triste et déçue qu'il agisse ainsi, il aurait pu me donner encore une chance.

Cette intervention est critiquable, trop de questions en une et Fabienne en profite pour éluder le problème des limites et de la définition de soi (Watzlawick, 1972).

T. : Je ne vous demande pas une réponse, seulement de réfléchir au sens que cela peut avoir de donner des limites et de s'y tenir. C'est vrai que pour vous c'est douloureux mais peut-être qu'il y a quelque chose à apprendre de cette situation. En ne mettant pas de limites, on ne prend pas de décision et on n'apprend pas à affirmer ses choix, et le risque est aussi de maintenir cette dépendance aux autres.
F. : Oui, c'est vrai, je suis dépendante, je le vois bien maintenant aussi avec ce que je vis avec le médecin, je m'attache et je suis inquiète et cela me fait souffrir.

T. : Que ferez-vous si vous êtes moins dépendante, si vous souffrez moins ?
F. : Si je souffre moins, je ferai plus de choses par moi-même. Je demanderai moins de conseils à ma famille ou à vous.
T. : Et si on revient à l'ergothérapie, que peut-on faire d'utile ?
F. : Je pourrais choisir une activité et essayer de ne pas vous demander d'aide, faire plus les choses par moi-même.
T. : Oui, c'est une bonne idée. Voyons, comment va-t-on faire concrètement, sachant aussi que c'est difficile pour vous si tout n'est pas parfait et réussi ? Et est-ce que demander de l'aide est un problème ou est-ce plutôt la manière dont vous demandez ?

Il s'agit ici de sortir d'une confusion qui peut entraîner une attitude de tout ou rien. Par ma question, je cherche à nuancer le problème. La capacité de demander de l'aide peut être considérée comme positive, par contre elle se transforme en dépendance quand elle est formulée en termes de soumission, d'incompétence. Le travail thérapeutique se situe alors à deux niveaux. D'un côté, valoriser la capacité à demander de l'aide et de l'autre, renforcer l'estime de soi en vérifiant que les décisions prises sont bonnes. Nous aidons aussi le patient à analyser ses choix pour qu'il apprenne lui-même à élaborer et à trier les arguments qui lui permettent de décider. Notre rôle thérapeutique prend une composante didactique, donnant des outils au patient pour construire son autonomie.

F. : Oui, je sais pas…
T. : Peut-être pourrions-nous fixer l'objectif suivant ? Choisir une activité nouvelle, d'accord, et apprendre à formuler la demande en cherchant à confirmer votre choix plutôt que de demander conseil sans proposer vous-même votre choix.
F. : Oui, dire plutôt : « Est-ce que c'est juste si j'agis comme cela ? » plutôt que : « Qu'est-ce que vous pensez, comment faut-il faire ? »
T. : C'est ça.

J'introduis une échelle d'évaluation pour permettre à la patiente de concrétiser ce que nous discutons, de manière à ce qu'elle puisse elle-même observer les changements.

T. : Mais dites-moi, on a parlé aussi de dépendance, je me demandais sur l'échelle de la dépendance si 0 c'est comme au début de votre problème, vous ne pouviez plus vivre seule,
F. : Complètement, comme un enfant.
T. : Et 10, vous êtes totalement indépendante, vous surmontez seule toutes les difficultés, à combien vous situeriez-vous aujourd'hui ?
F. : Je pense que je n'ai jamais été au-dessus de 5 de toute ma vie, sauf peut-être en Italie où je pense que j'étais à 6-7, j'avais une vie agréable, j'étais sûre de moi, oui… Bon je vivais quand même dans cette famille chaleureuse.
T. : Et aujourd'hui ?
F. : Je suis à 2 parce que maintenant je peux passer la nuit seule, que je peux être des moments seule et gérer des choses seule sauf sur le plan affectif, j'ai toujours besoin de quelqu'un.
T. : Et que faudrait-il pour passer de 2 à 2,5 ou 3 en ergothérapie ?
F. : Je peux essayer de faire le plus d'étapes par moi-même, aller le plus loin possible et demander si je ne sais pas faire, et ne pas demander des conseils mais dire comment je pense faire et vérifier que c'est juste.
T. : D'accord, voilà des objectifs précis, et de combien de temps pensez-vous avoir besoin pour atteindre ces objectifs ? Pour moi, je n'attends pas que tout marche bien demain…
F. : J'ai besoin de trois mois.
T. : Donc dans trois mois, on regarde ce que vous avez réussi à faire, O.K., très bien. Est-ce qu'il y a autre chose que vous voulez rajouter ?
F. : Non.
T. : Alors on s'arrête là et je vous attends jeudi prochain ?

L'objectif n'est pas d'éliminer un comportement problématique mais de le remplacer par une nouvelle habitude. De cette façon, le comportement indésirable disparaît, se dissout plutôt que de se focaliser dessus et ne plus penser qu'à cela. C'est la raison pour laquelle nous définissons un projet de traitement qui aborde une activité inconnue et favorise la capacité à faire des choix et à s'y tenir. Nous remplaçons aussi la demande de conseils formulée par « qu'en pensez-vous ? » par « voilà comment je ferais, est-ce correct ? ». De même, si un patient rechute, on ne va pas lui demander pourquoi il rechute mais comment il a tenu jusque-là sans rechuter… ainsi on centre l'attention sur les ressources qui lui ont permis de maintenir ses objectifs, sur ce qu'il fait pour réussir et non pas ce qu'il aurait dû faire pour ne pas échouer.

Avec Fabienne et son médecin, nous avons eu plusieurs évaluations du traitement. La patiente a relevé ses progrès, sa détermination, sa capacité à prendre des décisions et de s'y tenir, de relativiser certaines difficultés et d'y faire face, d'être mieux à même de différencier ses besoins et ceux de son entourage. Et en effet, elle maîtrise mieux ses choix, elle a surmonté un certain nombre de stress et de problèmes conjugaux et familiaux. Elle se stabilise et tout doucement admet que sa situation ne sera plus comme avant.

PRINCIPES DE TRAITEMENT ET TECHNIQUES

Les principes de traitement justifient les stratégies d'intervention. Ils sont issus du modèle théorique choisi et répondent à la question : pourquoi ces principes ? (Meyer, 1990, pp. 64, 65). Dans la TBCS, la proximité avec l'éthique et la philosophie de l'ergothérapie est encore une fois mise en évidence dans ses choix stratégiques qui favorisent le processus évolutif du patient. Dans le traitement, on agit sur trois niveaux, le cadre, la relation et l'activité. On sait l'importance du cadre et du rôle de l'ergothérapeute comme garante de ce cadre. Ce dernier est plus ou moins contraignant selon la personne et la problématique. Le cadre fait aussi référence aux règles implicites ou explicites qui régissent les rapports avec le thérapeute, d'éventuels autres patients, ainsi que le respect du matériel, le financement, la présence régulière aux séances, les horaires.

La relation entre le patient et le thérapeute est centrale dès le début

et tout au long du traitement ; sans oublier les contacts avec les intervenants extérieurs, médecin traitant, médecin-conseil des assurances, assistant social, entourage professionnel et familial. Établir la relation et obtenir un mandat « est le premier pas du processus thérapeutique » (Cabié, Isabaert, 1997, p. 82). Il ne s'agit pas d'obtenir un simple mandat du type « vous êtes le thérapeute, dites-moi ce qu'il faut faire » mais d'une *circularité de mandat*. Pour qu'une relation reste vivante et souple, elle doit pouvoir s'instaurer dans des registres à la fois de type symétrique et complémentaire (Watzlawick, Helmick Beavin, Jackson, 1972, p. 66). Il y a une hiérarchie où l'un ou l'autre des partenaires est en position basse ou haute et réciproquement. La relation complémentaire est indispensable à l'évolution d'un système vivant. Au début de la relation thérapeutique, le patient se met dans une position basse, il vient consulter un expert qui va lui dire comment il doit faire pour aller mieux. Le thérapeute accepte cette définition et prend la position haute, la position d'expert. Et l'art du thérapeute consiste à moduler ce type de relation pour que le patient devienne à son tour expert dans sa thérapie. Il n'impose pas sa vision du problème mais accepte celle du patient, respectant le fait que ce dernier l'a déjà tourné et retourné cent fois dans sa tête et sait ce dont il parle.

Il n'y a pas de mandat possible si on n'instaure pas une relation de coopération, « … le thérapeute coopératif suscite, promeut ou génère un comportement coopérant de la part du client, tous les deux s'unissent pour définir un problème qui puisse être résolu » (De Shazer, 1999, p. 85). Le thérapeute est à la base de cette attitude et cela quelles que soient les premières réactions du patient. Il va se montrer bienveillant et ne change pas de stratégie, il se place dans la position d'offre de coopération. Avec cela, la question de gagnant ou de perdant n'a plus cours. Cette attitude coopérative est facilitée par la mise en évidence des ressources du patient, par ses réussites, par notre intérêt sur les changements survenus entre les séances, sur les solutions proposées par le patient, dans le développement d'alternatives (Cabié, Isebaert, 1997, p. 73). Le thérapeute confirme le patient dans ses solutions et crée une spirale qui redonne au patient une maîtrise dans ses propres choix.

Avec l'activité, nous disposons d'un outil extraordinairement précieux puisqu'il nous permet d'être avec le patient dans l'ici et maintenant en

l'accompagnant dans des actes concrets. Elle a l'avantage aussi de faire travailler le patient à différents niveaux cognitif, affectif et moteur. Elle facilite l'intégration de nouvelles habitudes, de différences qui entraînent un changement et amplifient le processus évolutif. L'activité témoigne sans cesse de l'avancée dans les objectifs, des réajustements nécessaires. Elle laisse une trace dans le présent mais aussi dans le passé. Elle représente aussi un futur possible. L'objet est une concrétisation d'une démarche thérapeutique auprès de l'entourage et amène des réflexions, un travail personnel sur les effets du traitement dans les interactions familiales, sociales ou professionnelles.

Les comportements liés à l'activité sont repris et travaillés afin de développer des stratégies plus adaptées et plus souples. L'activité met en évidence les compétences du patient et facilite leur amplification et leur renforcement. L'activité favorise le développement des capacités de choix. En cela, elle rejoint deux concepts qui me semblent très utiles pour mieux comprendre le sens de notre action et qui sont développés par Cabié et Isebaert (1997). En TBCS, on demande au patient de « faire », d'agir afin d'augmenter sa capacité à percevoir les événements différemment et donc de débuter un processus où le patient n'attribue plus qu'un seul sens ou un seul modèle d'action au problème rencontré. On parle alors du principe « d'eusémie » qui est un travail centré sur la production de sens différents, et « d'*heuérésis* » qui est la production d'action différente du modèle habituel (Cabié, Isebaert, 1997, pp. 42 et 51). Par le biais de l'activité, l'ergothérapeute relève les succès, les stratégies utiles, favorise les généralisations des apprentissages en vérifiant si l'effet de la thérapie se poursuit dans le cadre de vie, sur l'entourage.

La planification des délais est difficile à définir. En TBCS, la fin du traitement est discutée dès le premier entretien en réponse à la question : « À quoi verrez-vous que vous n'aurez plus besoin de venir me voir ? » Donc la fin est programmée mais on ne peut définir la durée réelle du traitement. Beaucoup de patients souffrent de carences ou de limitations qui font que les traitements sont souvent, après la phase aiguë, orientés sur un soutien et une continuité dans le travail de guérison.

APPLICATION DU TRAITEMENT

Après avoir choisi le type d'activité, la séance fait l'objet d'une discussion afin de fixer des objectifs spécifiques. L'ergothérapeute propose une analyse structurale co-construite avec le patient, sorte de mode d'emploi ou d'itinéraire facilitant la mise en place d'étapes qui sont un des piliers de cette approche. C'est aussi une manière de mettre en œuvre les capacités cognitives du patient, de repérer et d'anticiper avec lui d'éventuels obstacles ou au contraire des moments de réalisation où il pourra agir seul. Pour chaque séance, un travail d'observation et d'auto-observation est mis en place de manière plus ou moins formelle.

Arrêtons-nous un instant sur la conduite de traitement dans le cas de Fabienne. Voyons comment l'ergothérapeute joue son rôle de soutien, de « facilitatrice » dans la réalisation des objectifs.

En début de séance, j'écoute la patiente parler de sa semaine et j'amplifie ce qui a bien marché entre les séances. Elle se rassure et se met en situation de réussite. À partir de là, j'oriente l'échange sur l'activité du jour. Le but est de définir la tâche à réaliser de manière concrète en vérifiant que Fabienne a toutes les informations pour l'exécuter. Je l'aide à se rappeler des objectifs fixés tels que « voilà comme je vais faire » plutôt que : « Qu'en pensez-vous ? » Le but est que Fabienne commence à utiliser le « je » de manière à s'affirmer, ce qui va dans le sens d'une restauration de la confiance en soi. Elle observe également ses capacités d'adaptation et d'apprentissage. Au début du traitement, l'ergothérapeute est très présente physiquement et moralement pour soutenir la patiente dans son projet. Fabienne doit se confronter à une activité inconnue, à des incertitudes qui augmentent massivement son état d'angoisse. L'ergothérapeute l'accompagne étroitement au début de ce processus, acceptant la définition de la relation que la patiente instaure, c'est-à-dire une forme de dépendance, vérifiant sans cesse qu'elle fait juste, que ses perceptions sont bonnes. Avec la confiance et l'habitude, Fabienne a commencé à travailler le premier objectif cité. Elle a vu que son état s'améliorait puisque certaines activités de la vie quotidienne étaient à nouveau possibles comme faire le ménage, s'occuper de son administration, aller à la poste. Encouragée également par l'ergothérapeute, Fabienne vérifie son travail en commençant ses phrases par « je ».

Parfois, elle oublie. L'ergothérapeute, garante des objectifs, lui rappelle la formulation prévue.

Face à une difficulté, l'ergothérapeute aide par son questionnement à ce que la patiente trouve sa propre solution. C'est là une part importante du travail thérapeutique. Notre travail consiste à aider les patients à trouver dans leur propre « boîte à outils » ce dont ils ont besoin pour réaliser leur objectif. L'idée étant qu'ils puissent le plus rapidement possible, dans leur vie de tous les jours, faire face aux difficultés, diminuant ainsi les facteurs de stress et les risques de décompensation que cela induit.

Donc, la séance est une mise en situation dans l'ici et maintenant qui permet d'expérimenter, comme dans un laboratoire, différentes attitudes ou solutions ; ce qui facilite une appropriation des compétences. Comme le dit Ausloos (1995, p. 75) dans son axiome « un système vivant ne peut se poser que des problèmes qu'il est capable de résoudre », aucun patient ne pose des problèmes qu'il ne peut résoudre lui-même. À cela s'ajoute un des principes de base de l'ergothérapie qui fait l'hypothèse de la généralisation possible du travail effectué en séance dans la vie de tous les jours. C'est aussi un des principes du modèle systémique qui dit qu'un changement, même petit, a des effets à d'autres niveaux (principe de totalité, Watzlawick, 1972) ; ou comme dirait De Shazer (1999, p. 162) « l'effet ‹ boule-de-neige › ou le concept d'holisme nous montrent comment une petite différence peut se transformer en différence importante ».

Chaque séance devient une trace visible du travail effectué concrètement, mais aussi intellectuellement et affectivement. Fabienne ne peut pas nier que c'est elle qui l'a fait. Elle peut parler de comment elle l'a fait, ce qu'elle a ressenti, comment elle va pouvoir l'utiliser (le généraliser) dans sa vie quotidienne. Pour l'ergothérapeute, cela demande une grande implication, une bonne finesse d'observation afin de soutenir activement la patiente sans en faire trop. Cela nécessite de bonne capacité d'auto-observation, de verbalisation, une attention constante. En particulier, dans la nécessité de laisser le patient faire sa thérapie, le thérapeute restant un accompagnant qui suit et encourage, n'imposant pas son point de vue et ses valeurs.

À la fin d'une activité ou d'une série de séances, une évaluation du traitement est programmée avec la patiente en présence ou non de son médecin selon les circonstances. C'est ce que nous allons étudier ci-après.

ÉVALUATION DE LA RÉALISATION DES SOLUTIONS

Nous pouvons considérer trois niveaux d'évaluation. Le premier est l'évaluation en fin d'activité entre le patient et l'ergothérapeute. Le second se situe entre le patient, le médecin prescripteur et l'ergothérapeute. Et le troisième a lieu dans le cadre d'une demande de poursuite de traitement auprès du médecin-conseil de l'assurance qui, rappelons-le, fait partie aussi du traitement puisqu'il est garant du paiement du traitement. Elle a lieu, en principe, toutes les 36 séances selon l'arrêté fédéral de 2004. J'insisterai plus sur la première évaluation qui est, selon moi, la plus importante mais aussi la plus proche du modèle étudié ici. Les autres types d'évaluation font référence à des cadres spécifiques au modèle utilisé par le médecin prescripteur et au modèle médical dicté par le DSM IV qui fait référence en matière de diagnostic.

La TBCS n'utilise pas d'échelles ou de bilans normatifs. Cela irait à l'encontre de tout ce que l'on vient de discuter. Si on part du principe que le patient est compétent et qu'il est celui qui sait ce dont il a besoin pour sortir de son problème, il faut lui laisser la parole. Le patient reste co-acteur de tout ce processus. Son impression subjective est prise en compte et reste la mesure. S'il estime suffisant le travail effectué et s'il considère que les buts sont atteints et qu'il n'a plus besoin de venir, il faut terminer le traitement, même si, à nos yeux, on pourrait encore améliorer certains points. Le patient peut toujours revenir. Le postulat de base étant «… que les clients ont tous les outils nécessaires pour construire leurs propres objectifs et solutions, nous les laissons seuls juges des progrès qu'ils font» (De Shazer, 1995, p. 571). L'évaluation est donc le moment pour faire le point et réajuster les objectifs ou les actions à entreprendre si le résultat n'est pas encore atteint. Je voudrais nuancer aussi cette position par un petit exemple clinique. Caroline présente des symptômes de type psychotique. Elle a des troubles de la concentration, de l'organisation, une humeur très fluctuante. Elle reconnaît ses problèmes du bout des lèvres et suit des traitements pour rassurer sa mère. À la fin d'une série de séances, elle veut arrêter le traitement. D'une part, elle a atteint ses objectifs, réussir des examens et a encore du travail pour une autre série de tests. Cependant, ses difficultés sont bien présentes. Grâce à une conversation thérapeutique approfondie, elle accepte de prévoir

un bilan avec son médecin et l'ergothérapeute en vue de poursuivre ce traitement durant l'été.

Pour faciliter le processus d'évaluation, nous utilisons le système des échelles en demandant au patient à combien il se situe sur une échelle de progrès entre zéro et dix. C'est alors le début d'un dialogue extrêmement concret qui accentue la visualisation de ce qui a été atteint en posant des questions sur la différence que le patient voit entre les deux moments (début de l'intervention et l'évaluation), ce que l'entourage perçoit des changements effectués. Les questions sur les différences font réfléchir le patient et l'encouragent. Pour nous thérapeutes, on sait que le changement, même tout petit, est inéluctable. On ne peut pas ne pas communiquer et on ne peut pas ne pas changer… ! L'évaluation est une occasion de plus de parler des points forts du patient, de ses succès (Berg, De Jong, 2002). Les échelles sont un instrument pour sortir du tout ou rien qui n'est pas un choix. Elles introduisent une gradation et la visualisation des étapes réalistes et réalisables. Leur but est de mesurer les progrès du patient au cours du traitement, son degré d'espoir de résoudre le problème, de la quantité d'énergie que le patient peut investir pour améliorer sa vie (Berg, Dolan, 2001). Pour bien comprendre l'utilisation des échelles, il faut savoir que « les échelles, dans ce modèle, ne prétendent à aucune objectivité. La signification d'un nombre réside en son usage et, en particulier, son usage en relation avec les autres nombres sur l'échelle. Nos échelles sont utilisées non seulement pour ‹ mesurer › la perception du patient mais aussi pour motiver et encourager, et pour découvrir des objectifs, des solutions et tout ce qui est important pour chaque patient » (Cabié, Isabaert, 1997, p. 137). Le chiffre cité n'est pas une mesure mais une métaphore. À partir de là, on va demander au patient ce qui lui permet de dire qu'il est à 3 ou 4, et ce qu'il va faire pour augmenter d'un demi-point ou d'un point. Ce travail demande beaucoup de précision et d'insistance de la part du thérapeute. Les patients commencent souvent par répondre « je ne sais pas » et nous devons les aider à élaborer, leur laisser prendre le temps de réfléchir, si la réponse était simple, il n'aurait pas besoin de nous !...

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Le modèle systémique se distancie du modèle médical traditionnel. Il considère que les étiquettes diagnostiques empêchent l'évolution favorable du patient. Les recherches dans le domaine des TBCS ont « confirmé l'idée selon laquelle ce que le client fait, mais aussi ce que le thérapeute fait, bref ce qui se passe en thérapie est plus important pour la réussite du traitement que le problème ou le diagnostic, ou encore que la situation ou la personnalité du client » (De Shazer, 1995, p. 559). Cette approche peut être utilisée pour la plupart des patients, aussi bien dans les interventions dans le cadre hospitalier ou ambulatoire. Elle se pratique en individuel, en groupe, famille, amis, collègues, mais aussi dans les colloques ou supervisions entre pairs. Et elle s'étend vers une utilisation dans les milieux scolaires.

Berg et Miller ont publié un ouvrage sur le traitement de l'alcoolisme. Dolan (1991) est spécialisée dans les thérapies traitant des abus sexuels, et un autre livre de Berg et Dolan (2001) invite, à travers des récits de différents thérapeutes du monde entier, à découvrir cette approche. Cabié et Isebaert (1997) évoquent aussi les multiples applications possibles dans les différents domaines cités plus haut. Ils précisent toutefois que : « Le parti pris de laisser choisir le client par lui-même trouve à l'évidence ses limites dans les cas de violences, d'abus et de mauvais traitements. » Dans l'urgence vitale, il ne s'agit plus de laisser choisir. Nous devons agir.

ÉVOLUTIONS DU MODÈLE

Berg et De Jong (1998, p. 264) ont évalué et argumenté la pertinence des principes thérapeutiques de ce modèle, à partir de critères éthiques reconnus dans différentes professions et différentes approches. Selon elles, ce cadre thérapeutique peut être utile dans toutes sortes de situations et pour toutes les populations parce qu'il est fondé d'abord sur le respect et l'acceptation de l'autre dans ses valeurs, ses perceptions. Ce qui ne veut pas dire que le thérapeute approuve tous les choix. Non, il ne juge pas dans la mesure où son travail consiste à connaître aussi le contexte, les origines, les croyances, les valeurs morales. Les prendre en compte est capital pour la construction de la confiance et pour la rela-

tion patient-thérapeute. La TBCS, quelle que soit l'origine et le problème du patient, vise à rendre chacun expert de sa propre thérapie en mettant en évidence les compétences de la personne et de son entourage. Elle s'adapte ainsi à chacun dans toutes ses particularités.

Ce modèle s'écarte des évaluations traditionnelles et des « étiquetages » qui enferment le patient et le thérapeute dans un type de traitement et d'interventions très spécifiques. Le thérapeute peut et doit rester légèrement en arrière, suivre le patient dans ses progrès, l'aider à développer ses solutions individualisées car chaque contexte, chaque histoire est particulière. Si le thérapeute croit dans les potentialités de son patient, le patient peut commencer à croire en lui et à développer ce potentiel, c'est-à-dire ses points forts plutôt que d'être sans cesse confronté à ce qui ne va pas comme c'est souvent le cas dans les évaluations traditionnelles.

L'ergothérapie prône la capacité du patient à trouver des solutions lorsqu'il est confronté à des difficultés liées à l'activité. Nous savons que nos patients iront mieux dans la mesure où nous les laissons prendre leurs décisions et leur responsabilité, que ce soit à partir de l'activité ou dans leur vie en général. En ce sens, il existe donc une synergie entre les méthodes de l'ergothérapie et celles des TBCS. En conclusion, il semblerait que cette approche favorise réellement le travail de coopération, rendant le pouvoir au patient, et ce quelles que soient ses origines, son histoire de vie et sa problématique.

Ce modèle commence à se faire connaître dans les milieux francophones et plus particulièrement dans le monde des pratiques systémiques. Une partie du vocabulaire ou de l'attitude thérapeutique apparaissent dans d'autres contextes. Il va dans le sens de la « bientraitance », de la bienveillance et de la compétence, qui sont aujourd'hui, à mon sens, des valeurs essentielles à la dignité et au respect des patients.

Ce modèle est exigeant pour les thérapeutes. Bien que la théorie soit bien développée et étudiée, il n'en reste pas moins qu'il n'existe pas de recettes ou de cadre standardisé. Pour chaque nouveau patient, il faut créer et inventer avec lui sa thérapie. Ce modèle fait donc appel à notre créativité, à notre envie de la rencontre et notre capacité à laisser émerger un traitement original. J'y ai découvert un certain confort aussi. Ce n'est plus à moi de travailler à trouver des solutions, à interpréter et à imposer mes méthodes. J'établis une collaboration en fonction du type

de relation, et cela me permet de ne pas en faire trop et de ne pas m'épuiser dans une quête que je serais seule à mener. Avec cette approche, chacun reprend sa part de responsabilité. Le patient est plus actif et motivé pour atteindre les objectifs qu'il a lui-même définis. C'est une approche humaniste et très individualisée, qui peut paraître subjective et non scientifique parce qu'elle est centrée sur l'individu et son environnement (particularités des besoins, valeurs, croyances qui font de chaque individu un être unique), ce qui est à contre-courant des exigences « mondialistes » standardisées… ! Cependant, les fondateurs de ce modèle ont fait des recherches et ont montré que les résultats de ce type de travail sont probants (Berg, De Jong, 1998, Duncan, Miller, 2000). Rappelons, enfin, que le principal levier thérapeutique n'est pas la méthode mais bien la décision du patient de « guérir » et sa relation avec son thérapeute.

Mes observations directes m'ont montré que l'utilisation de ce modèle permettait à de nombreux patients de retrouver de l'espoir et une capacité à utiliser eux-mêmes des outils leur permettant des changements de manière souple et autonome. Nombreux sont les patients qui, conjointement à d'autres traitements, ont petit à petit diminué leur « consommation médicale » et qui m'ont dit, tout au long de leur traitement, combien ils se sentaient plus confiants, plus sûrs d'eux. Le sourire était revenu, même si tout n'est pas et ne peut pas être résolu.

Comme je l'ai montré tout au long de ces chapitres, ce modèle a de nombreuses connections avec les hypothèses théoriques de l'ergothérapie. Et l'ergothérapie peut y trouver un ancrage très important. L'évolution dépendra beaucoup de l'intérêt des ergothérapeutes à se former et à appliquer cette approche, ainsi que de l'orientation et la philosophie des lieux de soin.

BIBLIOGRAPHIE

AUSLOOS, G. (1995). LA COMPÉTENCE DES FAMILLES : TEMPS, CHAOS, PROCESSUS. Ramonville Saint-Agne : Erès.

BEAUZÉE, N. & CABIÉ, M.-C.ET LELÉVRIER-VASSEUR, A., RYBACK, C., (2002). L'ENTRETIEN INFIRMIER EN SANTÉ MENTALE : L'APPORT SYSTÉMIQUE DANS UNE PROFESSION EN MUTATION. Ramonville Saint-Agne : Erès.

BERG, I. K. & DE JONG, P. (1998). DE L'ENTRETIEN À LA SOLUTION : L'ACCENT SUR LE POUVOIR DES CLIENTS. Bruxelles : Satas (traduction française : 2002).

BERG, I. K. & DOLAN, Y. (2001). RÉCITS DE SOLUTIONS : RECUEIL D'HISTOIRES QUI DONNENT ESPOIR. Montréal, Canada : Edisem (traduction française 2002).

CABIÉ, M.-C. & ISEBAERT, L. (1997). POUR UNE THÉRAPIE BRÈVE : LE LIBRE CHOIX DU PATIENT COMME ÉTHIQUE EN PSYCHOTHÉRAPIE. Ramonville Saint-Agne : Erès.

DE SHAZER, S. (1985). CLÉS ET SOLUTIONS EN THÉRAPIE BRÈVE. Bruxelles : Satas (traduction française : 1999).

DE SHAZER, S. & HOPWOOD, L. (1995). « D'ici à là, vers on ne sait où : l'évolution continue de la thérapie brève. » In M. ELKAIM (Éd.). PANORAMA DES THÉRAPIES FAMILIALES. Paris : Seuil, 555-576.

DOLAN Y. M. (1991). GUÉRIR DE L'ABUS SEXUEL ET REVIVRE : TECHNIQUES CENTRÉES SUR LA SOLUTION ET HYPNOSE ÉRICKSONIENNE POUR LE TRAITEMENT DES ADULTES. Bruxelles : Satas (traduction française : 1996).

DUNCAN, B. L. & MILLER, S. D. (2000). LE CLIENT, HÉROS DE LA THÉRAPIE : PRATIQUE DE LA THÉRAPIE ORIENTÉE PAR LE CLIENT ET GUIDÉE PAR LES RÉSULTATS. Bruxelles : Satas (traduction française : 2003).

MEYER, S. (1990). LE PROCESSUS DE L'ERGOTHÉRAPIE. Lausanne : éésp.

O'HANLON, W. H. & WEINER-DAVIS, M. (1995). L'ORIENTATION VERS LES SOLUTIONS : UNE APPROCHE NOUVELLE EN PSYCHOTHÉRAPIE. Bruxelles : Satas.

ROGERS, C. (1942). LA RELATION D'AIDE ET LA PSYCHOTHÉRAPIE. Paris : ESF (traduction française : 1970).

SEYWERTH, F. (1993), « Le questionnement circulaire », THÉRAPIE FAMILIALE, 14, 1, 73-88.

WATZLAWICK P. ET HELMICK BEAVIN P., JACKSON DON D. (1972). UNE LOGIQUE DE LA COMMUNICATION. Paris : Seuil.

APPROCHE BIOPSYCHOSOCIALE EN ERGOTHÉRAPIE

ANNE-CATHERINE PFISTER EL MALIKI

Avant de présenter une ergothérapie appliquée et intégrée au modèle biopsychosocial, il m'apparaît nécessaire de décrire ce modèle et de le situer dans le concept de prise en charge de l'Unité de réhabilitation. Pour cela, je m'inspire largement et avec l'autorisation des auteurs, que je remercie, des articles sur la réhabilitation parus dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (p. 124, pp. 183-203, 2004). Dans le contexte de l'Unité de réhabilitation[26], l'ergothérapie fait partie intégrante d'une série de mesures diagnostiques et thérapeutiques ; cette pratique s'est développée au fil du temps en fonction des époques et fait référence de manière processuelle et réfléchie au modèle biopsychosocial. Comme vous le verrez, l'ensemble des interventions constitue la résultante du modèle qui vise à appréhender l'individu dans sa globalité. De cet ensemble de références, nous avons mis en place un modèle de pratique et surtout une méthode d'évaluation interdisciplinaire qui permet un bilan biopsychosocial du patient auquel participent les ergothérapeutes.

---

26 L'Unité de réhabilitation décrite dans ce chapitre appartient au Département universitaire de psychiatrie adulte, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.

CADRE GÉNÉRAL

Le choix de ce modèle de pratique s'inscrit dans le fonctionnement général de l'institution. Formulé à l'origine par Engel (1980), ce modèle tient compte de trois paradigmes habituellement représentés dans trois cercles distincts formant dans leurs interstices relationnels le système biopsychosocial :

1. Le paradigme biologique, qui est composé de facteurs génétiques, de facteurs pré et périnataux (infectieux, endocriniens, métaboliques, vasculaires), de substrat neuroanatomique et de neurotransmission.
2. Le paradigme psychologique, composé de relations avec les parents et la fratrie, de relation d'objet, d'identité personnelle, d'estime de soi et de capacités adaptatives.
3. Le paradigme socioculturel qui comprend les items suivants : le niveau socioéconomique, la stabilité familiale, les modèles éducatifs, la cohésion sociale, le groupe ethnique d'appartenance, le travail/chômage, le système de valeurs et l'environnement socioéconomique.

Le paradigme biologique continue à se développer, et la recherche dans ce domaine est extrêmement prometteuse, notamment sur les neurotransmetteurs, la psycho-endocrinologie et l'imagerie cérébrale. Cependant, on ne dispose encore que de peu d'indices biologiques qui pourraient éclairer les connaissances sur l'étiologie, le diagnostic, l'évolution et le pronostic des maladies, à l'exception des troubles cérébraux organiques ou des troubles psychiatriques secondaires dus à des désordres physiologiques (endocrinologie, métabolisme). La maladie se manifeste dans la sphère psychosociale bien avant que l'on puisse identifier les indices biologiques. En clair, actuellement, le seul indice biologique demeure en pratique l'épreuve pharmacologique et la réponse au traitement par le patient.

Le paradigme psychologique inclut l'approche psychodynamique et l'approche cognitivo-comportementale sans pour autant postuler une causalité psychogénétique des troubles mentaux. L'approche psychodynamique envisage la personne comme l'expression d'un jeu de forces intrapsychiques se manifestant sous la forme de besoins, de pulsions, de traits et d'aptitudes. Le trouble mental est perçu comme l'expression

d'un désordre de l'appareil psychique. Il existe différents modèles théoriques de référence : S. Freud, M. Klein, J. Lacan, C. Jung, etc. L'approche cognitivo-comportementale qui, à l'origine, se réclamait du béhaviorisme, postule que les comportements humains normaux ou pathologiques ne se différencient pas d'une manière intrinsèque (cf. chapitre II). Tous les deux sont acquis et maintenus par des mécanismes identiques selon les lois générales de l'apprentissage. Cette approche se concentre sur l'analyse fonctionnelle de la conduite anormale ou du symptôme sans chercher forcément à l'expliquer selon les entités cliniques psychiatriques telles que les névroses, psychoses ou troubles de la personnalité. Pour nous, il va de soi que l'apport des différentes approches permet la compréhension de la personne et donc permet la mise en place d'une réelle stratégie de prise en charge de la personne afin de favoriser son évolution.

Le paradigme social envisage l'être humain comme un être social en interaction constante avec son entourage et son environnement. Ceci nous oblige à voir le patient comme une personne dans son entier et dans les interactions de la vie quotidienne. Cela permet de travailler aussi autour de la notion de convivialité et de favoriser la co-évolution des systèmes soignants-soignés.

PRÉSENTATION DE L'UNITÉ DE RÉHABILITATION

La réhabilitation psychosociale est une discipline relativement jeune, qui s'est développée en tant que telle au cours de ces vingt dernières années, afin de répondre aux difficultés de réinsertion sociale et professionnelle des personnes souffrant d'une maladie mentale sévère et persistante, notamment de la schizophrénie. Comme le montre Saraceno (1995), ce développement est la résultante de quatre facteurs :

- La désinstitutionnalisation a provoqué une très forte diminution, voire une disparition totale des longs séjours en milieu hospitalier, ce qui a « contraint de plus en plus la psychiatrie à offrir des réponses mieux articulées et vivantes aux patients malades mentaux » (Grasset, 2004), dans un réseau institutionnel intermédiaire intégré dans la communauté sociale.
- L'affirmation progressive de leurs droits, par les patients, leurs familles et les associations qui les soutiennent, « a été à l'origine

d'une évolution des traitements psychiatriques qui sont maintenant moins limités à la dimension médicale de la maladie et de plus en plus orientés vers la dimension existentielle et sociale» (Grasset, 2004).

– Le résultat des grandes études épidémiologiques a renouvelé les connaissances scientifiques sur l'évolution des maladies mentales en montrant que «des actions complexes et multiformes peuvent déterminer de notables améliorations jusqu'à la ‹guérison sociale» (Grasset, F., 2004) (1)). À ce propos, au sujet de la schizophrénie, l'analyse des résultats de l'enquête de Lausanne met en évidence la conclusion de Ciompi (1983) que «l'hypothèse la plus plausible et, par conséquent la plus largement acceptée, est celle d'un processus de vie tout à fait ouvert, chez des individus vulnérables, influencés par un grand nombre de variables interagissant tant sur le plan psychosocial que sur le plan biologique».

– La constatation de «la relative pauvreté des succès thérapeutiques de la psychiatrie traditionnelle exclusivement orientée par les modèles de type biomédical» a induit l'intégration de «compétences et savoirs extra-médicaux» (Grasset, 2004). Cette intégration a été favorisée par le modèle biopsychosocial proposé par Engel (1980), lequel postule que les troubles biologiques entrant dans l'étiologie d'une maladie sont une condition nécessaire mais insuffisante pour expliquer l'apparition et l'évolution de la morbidité sur le plan clinique et que, par conséquent, il faut également tenir compte des facteurs psychosociaux qui influencent l'émergence des manifestations maladives, de même que leur forme et leur évolution.

La synthèse de l'évolution des concepts de réhabilitation psychosociale peut être vue à travers les différentes époques et le bilan rétrospectif que l'on peut faire (Grasset, 2004). La première époque se situe de 1960 à 1970; le contexte est le début de la désinstitutionnalisation et le développement des structures intermédiaires (foyers et ateliers protégés) et des soins ambulatoires. L'objectif est de sortir les patients dits «chroniques» de l'hôpital, après de nombreuses années d'hospitalisation. La finalité est de supprimer les contraintes de l'hétéronomie hospitalière par l'hébergement et l'occupation en milieu protégé. Le bilan rétrospectif de

cette première époque est que le processus de désinstitutionnalisation consiste principalement en une déshospitalisation ; il y a une réduction de l'institutionnalisme asilaire et la création d'un nouveau milieu institutionnel ouvert, intégré dans la cité. La deuxième époque se situe de 1970 à 1990, le contexte est une tentative de passer à une seconde étape de désinstitutionnalisation grâce à l'apparition des moyens de soutien à domicile et de réadaptation professionnelle. L'objectif est la réinsertion sociale et professionnelle. La finalité est de raccourcir les hospitalisations et de favoriser l'autonomie sociale par le retour dans un logement indépendant et la récupération d'un emploi sur le marché du travail. Le bilan rétrospectif de cette deuxième époque montre qu'une émancipation des structures intermédiaires vers le milieu social naturel ne s'avère possible que dans une minorité de cas. La vulnérabilité et le syndrome négatif compromettent le retour en emploi professionnel dans de nombreux cas. L'autonomisation dans les activités de la vie quotidienne et la réadaptation au travail productif s'avèrent possibles en milieu protégé. La troisième époque se déroule de 1990 à 2000, le contexte est le suivant : les limites du processus de désinstitutionnalisation se manifestent par le syndrome de la « porte tournante » à la sortie de l'hôpital. L'objectif est, dans un premier temps, la stabilisation des patients dans le réseau intermédiaire, dans un deuxième temps, la réinsertion dans la communauté sociale et naturelle. La finalité visée est l'amélioration de la qualité de vie en privilégiant l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et la participation aux activités socioculturelles, alors que le retour sur le marché de l'emploi est devenu inaccessible dans la majorité des cas. Le bilan rétrospectif de cette troisième époque montre l'apparition de facteurs d'institutionnalisme lors de longs séjours dans les établissements médico-sociaux et les foyers socio-éducatifs. Il y a un renforcement progressif des moyens de soutien médico-social favorisant le retour à domicile et le développement de méthodes contemporaines de réhabilitation psychosociale, notamment une psychopédagogie issue de l'approche cognitive et comportementale.

La réhabilitation psychosociale propose donc une approche holistique des personnes souffrant de maladie mentale sévère et persistante. L'objectif ultime est le rétablissement de l'état de santé et de la qualité de la vie, compte tenu de la vulnérabilité et du handicap qui en découlent. Elle tend à faciliter l'obtention d'un fonctionnement individuel aussi indépendant

et autonome que possible dans la communauté sociale naturelle. Dans cette perspective, elle privilégie les démarches qui mettent l'accent sur les ressources de l'individu plutôt que sur sa maladie.

Dès lors, la réhabilitation psychosociale ne se réduit pas au processus de réinsertion sociale et professionnelle qu'elle favorise par ailleurs. Elle englobe dans une approche interdisciplinaire les pratiques médicales, paramédicales et extramédicales visant la réduction des symptômes et la stabilisation psychique, le développement des aptitudes pragmatiques et relationnelles, la rééducation aux activités de la vie quotidienne et à la gestion des revenus, l'autonomisation dans un logement personnel, l'accès aux loisirs socioculturels ou sportifs et la réadaptation au travail.

PRINCIPES ACTUELS DE LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

Par la mise en commun des approches respectives de la psychiatrie et de la réinsertion socioprofessionnelle, la réhabilitation psychosociale se développe sur la base d'un capital d'expériences et de connaissances très diverses. Dans ce contexte, malgré l'hétérogénéité de références théoriques, un certain nombre de principes ont été énoncés par divers auteurs comme Cnaan ou Tessier et Clément (1988), sur la base d'une révision de la littérature au sujet des études évaluant le résultat des diverses formes de programmes de réhabilitation. Une synthèse de ces travaux permet de répartir ces principes sur trois plans, celui de l'éthique relationnelle, celui de la méthode d'intervention et celui du dispositif institutionnel.

Sur le plan relationnel, il s'agit de respecter les valeurs relevant du droit des patients et de l'attitude thérapeutique privilégiant l'approche de la personne en voie de réhabilitation en tant que sujet susceptible d'assumer sa citoyenneté dans la communauté sociale. Cette approche valorise la responsabilité individuelle en respectant le libre arbitre des patients dans toute la mesure du possible, afin de les inciter à contribuer activement au choix des mesures réhabilitatives dont ils bénéficient. Il convient également de les encourager à s'informer au sujet des démarches thérapeutiques qui s'y rapportent, afin de pouvoir y adhérer sur la base d'un consentement éclairé, susceptible de favoriser la compliance au traitement. On trouve cinq principes fondamentaux :

1. Conserver une attitude propice au respect mutuel de la dignité humaine qui a comme finalité d'éviter le refuge derrière les barrières artificielles du statut professionnel, afin de rencontrer les personnes en voie de réhabilitation en tant qu'être humain dans toutes ses dimensions.

2. Respecter les devoirs inhérents à la citoyenneté qui a comme finalité, le cas échéant, savoir se départir de la « neutralité », pour aborder de façon authentique et explicite les éventuels désaccords au sujet de la nécessité de respecter les règles sociales et les devoirs de chacun dans la communauté.

3. Viser la normalisation de la situation existentielle avec comme finalité de combattre la ségrégation en permettant aux personnes souffrant de maladie mentale de vivre et de fonctionner dans les mêmes lieux que les autres (logements, loisirs, travail) ou en tout cas dans les lieux les moins restrictifs possibles.

4. Intégrer les interventions dans une convivialité relationnelle qui a comme finalité de favoriser une approche globale de la personne en respectant ses choix, ses droits et ses capacités.

5. Privilégier l'autodétermination avec comme finalité que chaque personne a le droit et la capacité de participer à la prise de décisions concernant sa vie : lui permettre de prendre ses décisions et d'apprendre au travers des conséquences de ses choix, plutôt que d'imposer des choix dans une perception paternaliste des intérêts.

Sur le plan de la méthode d'intervention, il s'agit essentiellement d'orienter les démarches vers le rétablissement d'un état de santé favorable à la réinsertion sociale, en surmontant les désavantages liés au handicap psychosocial provoqué par la vulnérabilité et, le cas échéant, un syndrome résiduel. Dans cette perspective, le développement du potentiel d'autocontrôle et d'adaptation aux contingences de l'environnement prime sur la réduction des symptômes persistants, le développement des compétences sociales prime sur le soutien et la suppléance fonctionnelle par les intervenants. C'est une des principales indications des méthodes psychopédagogiques de type cognitivo-comportemental, pour favoriser l'acquisition ou l'amélioration des aptitudes relationnelles et des capacités de résolution de problèmes, ainsi que l'adéquation du comportement en fonction du rôle qu'il s'agit d'assumer dans une situation sociale particulière.

On trouve aussi cinq principes qui régissent la méthode d'intervention :

1. Utiliser les ressources individuelles qui ont comme finalité d'améliorer le niveau de fonctionnement.

2. Développer les habiletés pragmatiques et relationnelles avec comme finalité l'amélioration des habiletés sociales et instrumentales est le facteur déterminant de la réhabilitation.

3. Individualisation des programmes de réhabilitation, qui a comme finalité que chaque personne a des besoins et des possibilités propres.

4. Promouvoir un engagement proactif des intervenants avec comme finalité de garder le contact avec les personnes en voie de réhabilitation (coup de téléphone, visite à domicile).

5. Intervenir précocement avec comme finalité de commencer dès le décours du premier épisode.

Le processus de réhabilitation psychosociale est tributaire du support institutionnel intermédiaire dont on dispose pour favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, cela sur les plans du logement, du travail et de la participation aux activités socioculturelles ou sportives de la communauté. On trouve cinq principes de bases qui ont chacun leur finalité propre :

1. Structurer l'environnement sur les plans du logement et du travail, avec comme finalité d'organiser un réseau institutionnel intermédiaire diversifié et intégré dans la communauté sociale naturelle.

2. Organiser la liaison entre les divers éléments du réseau institutionnel avec comme finalité d'assurer la continuité des soins et du soutien psychosocial, dont les modalités doivent être réajustées périodiquement en fonction de l'évolution ; ceci permet d'instaurer une liaison interinstitutionnelle efficace pour éviter des ruptures du suivi médico-psycho-social en cas d'hospitalisation ou d'émancipation dans un logement personnel.

3. Favoriser l'accessibilité des institutions intermédiaires avec comme finalité de limiter les critères d'admission et gérer la capacité d'accueil des diverses institutions afin de favoriser la mobilité des personnes en voie de réhabilitation en fonction de leurs besoins, pour éviter une stagnation dans un élément du réseau institutionnel intermédiaire.

4. Promouvoir la valorisation sociale par le travail, avec comme finalité de proposer des opportunités de valorisation sociale par la réalisation du potentiel de productivité à travers des emplois adaptés mais compatibles avec la commercialisation de la production (ateliers protégés).

5. Promouvoir un accompagnement psychosocial orienté vers le maintien à domicile, avec comme finalité de favoriser l'obtention d'un logement personnel par l'émancipation de l'hébergement protégé extra-hospitalier en assurant un soutien médico-psycho-social en milieu naturel qui permet de maintenir les acquis permettant de compenser la vulnérabilité.

L'Unité de réhabilitation agit comme espace intermédiaire avec son dispositif hospitalo-ambulatoire entre l'hôpital psychiatrique et les centres de traitement psychiatrique ambulatoires. L'Unité agit comme structure intermédiaire pour la réhabilitation médico-psycho-sociale entre le milieu protégé du travail ou de l'habitat avec son centre d'ergo-sociothérapie qui dispense une réadaptation aux activités de la vie quotidienne, une réadaptation à la vie sociale et une réadaptation au travail. C'est dans ce modèle que s'inscrit en premier lieu l'ergothérapie, qui agit clairement comme espace intermédiaire et comme fil conducteur pour le patient, puisque bien souvent la prise en charge débute en hospitalier et se poursuit en ambulatoire. L'ergothérapie fait le pont entre le milieu résidentiel mais aussi et surtout le milieu du marché du travail, que celui-ci soit protégé ou naturel.

POPULATION CIBLE ET PATHOLOGIE EN CAUSE

La réhabilitation psychosociale s'adresse aux personnes souffrant de troubles mentaux invalidants. Il est intéressant, dans ce contexte, de savoir quelle est la prévalence de ce genre de troubles dans la population générale. En l'absence de données précises à ce sujet dans notre pays, on peut se faire une idée approximative à partir des informations tirées de la littérature scientifique internationale. Sur un nombre de 96 patients vivant à domicile, on trouve 53,1 % de patients souffrant de troubles psychotiques, 26 % de troubles de la personnalité, 9,4 % de troubles de

l'humeur, 7,3 % de troubles névrotiques et 4,2 % de patients souffrant de syndromes psycho-organiques.

ORGANISATION DE L'UNITÉ DE RÉHABILITATION

L'Unité de réhabilitation a été créée en 1990 et a considérablement évolué au cours des années, tant du point de vue de son organisation, de son personnel et de son identité qui s'est affirmée. L'unité est composée de divers professionnels qui sont des médecins, des psychologues, des infirmiers, des ergothérapeutes, des musicothérapeutes, des assistantes sociales, et des moniteurs d'ateliers et du personnel de soutien logistique qui sont sous la responsabilité hiérarchique d'un médecin-chef. Cet ensemble de personnes suit environ 250 patients chaque semaine, qui sont au bénéfice de prestations collectives telles que des traitements ambulatoires médicaux, psychologiques, ergothérapeutiques, infirmiers ou sociaux, dépendant de la LAMal; ainsi que de prestations de type réadaptation au travail émargeant à l'Office fédéral des assurances sociales. Environ 50 à 70 % de nos patients bénéficient d'une rente de l'Assurance invalidité (AI) ou reçoivent des prestations de l'AI. L'ensemble de ces prestations peut être combiné, ainsi on parle de prestations plurimodales intégrées et il n'est pas rare de voir un patient ayant un programme hebdomadaire combiné. Ces patients sont suivis médicalement par des médecins généralistes ou psychiatres installés (50 %), par les différentes policliniques du secteur (40 %) et seuls 10 % des patients sont hospitalisés. L'Unité de réhabilitation contribue fortement au maintien à domicile, puisque 90 % de nos patients habitent à domicile et seulement 10 % proviennent de structures de type établissements médico-sociaux.

BILAN INTERDISCIPLINAIRE DE COMPÉTENCES BIOPSYCHOSOCIALES

L'une des caractéristiques de l'Unité de réhabilitation se trouve en termes d'expertise et consiste en une méthode d'évaluation biopsychosociale. Ce modèle représente la concrétisation d'un procédé de « recherche-action », où le développement scientifique d'instruments psychométriques ou sociométriques se fait au sein même d'un dispositif clinique qui intègre

le plus harmonieusement possible la collaboration de chercheurs et de praticiens spécialisés. Ceci dans le contexte d'un dialogue mutuellement enrichissant où se dialectisent les exigences scientifiques et les nécessités ou les contingences de la pratique clinique.

MODÈLES PARADIGMATIQUES DE RÉFÉRENCE

En première intention, nous nous référons au modèle biopsychosocial proposé par Engel (1980) et à l'évaluation multiaxiale qui en découle, telle qu'elle est proposée par le DSM-IV (1996). Cette référence de base a pour but de favoriser les liens avec la clinique psychiatrique habituelle, afin d'intégrer, dans une évaluation globale, le résultat des investigations et des observations préalablement effectuées par les praticiens qui nous adressent les patients. De plus, pour relier les manifestations pathologiques à leurs conséquences sociales, nous nous référons également au modèle des catégories logiques de Wood (1988). Ces catégories correspondent aux divers « niveaux d'expérience » sur lesquels le phénomène maladif se manifeste : altération de l'état de santé, c'est-à-dire « symptôme », perturbation fonctionnelle, c'est-à-dire « déficience », déficit pragmatique, c'est-à-dire « incapacité », et difficulté socioprofessionnelle, c'est-à-dire « désavantage ». L'intégration de ces différentes références est modélisée par chacun des différents axes du DSM-IV qui sont en relations et interférences :

- Axe I : trouble mental, c'est-à-dire perturbation symptomatique.
- Axe II : trouble de la personnalité, c'est-à-dire perturbation psychologique.
- Axe III : trouble somatique, c'est-à-dire perturbation biologique.
- Axe IV : trouble psychosocial, c'est-à-dire perturbation relationnelle.
- Axe V : évaluation globale du fonctionnement, c'est-à-dire le handicap psychosocial et les ressources.

Le bilan biopsychosocial permet d'évaluer les facteurs de potentiels évolutifs, la motivation au changement et les aptitudes à l'apprentissage, ceci en regard des symptômes, déficiences, incapacités et désavantages.

DESCRIPTION DE LA MÉTHODE D'ÉVALUATION ET DE SA MISE EN ŒUVRE

Le procédé de l'évaluation psychosociale associe trois modalités complémentaires de saisie des données: l'utilisation de questionnaires et d'échelles d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation, la réalisation d'entretiens structurés standardisés, et la récolte d'informations par l'observation clinique directe. Ces examens sont effectués dans les différents contextes d'observation inhérents au caractère pluridisciplinaire du programme d'investigations. Il en résulte des données de différentes natures, susceptibles d'être traitées sur les plans qualitatifs et quantitatifs. Par conséquent, au terme de ce programme, les résultats des diverses modalités d'examen sont discutés dans le cadre d'une réunion des divers investigateurs impliqués. Cette confrontation interdisciplinaire aboutit à une synthèse qui permettra d'établir le bilan bio-psychosocial.

Les différents contextes d'observation sont ceux de la pratique spécialisée des différents évaluateurs (médecins, psychologues, infirmiers·ères, ergothérapeutes et travailleurs sociaux). Ces divers intervenants examinent les troubles, la situation existentielle actuelle et l'évolution antérieure des patients, chacun de son point de vue et de son approche professionnelle particulière.

À partir de la réception d'une demande d'investigations spécialisées, la démarche évaluative commence par l'examen des tenants et aboutissants de cette demande, afin de déterminer un plan d'évaluation et de mettre en œuvre le programme d'investigation. Les différentes catégories d'intervenants impliqués se répartissent les tâches de la manière suivante:

– Les prestations des médecins consistent d'abord à faire une synthèse des données médicales préexistantes, pour analyser l'évolution antérieure de façon approfondie (anamnèse des manifestations du trouble et de la réaction à la pharmacothérapie, notamment en ce qui concerne les effets secondaires). Il s'agit ensuite d'effectuer une observation clinique du statut psychique et physique actuel et de préciser le diagnostic (sur la base d'un diagnostic différentiel élaboré), avant de prescrire les examens complémentaires sur le plan médical (évaluation de l'état général).

- Les prestations des psychologues sont essentiellement de nature testologique. Elles consistent à utiliser des instruments psychométriques pour évaluer les fonctions cognitives de base et les fonctions cognitives complexes, ainsi que les capacités d'apprentissage et d'automatisation. De plus, les échelles d'évaluation à disposition permettent également une évaluation standardisée de la psychopathologie (échelle des symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie, des symptômes de dépression, d'anxiété, des traits de personnalité, etc.). Par ailleurs, diverses techniques d'investigation permettent également l'évaluation des ressources psychologiques telles que la capacité d'introspection ou la faculté d'auto-contrôle. Enfin, il y a également diverses possibilités standardisées de mesurer le degré d'autonomie sociale et d'évaluer les difficultés et les besoins sur le plan psychosocial.
- Les prestations des musicothérapeutes consistent surtout à évaluer les capacités d'expression émotionnelle dans le contexte d'un échange musical avec l'évaluateur, ce qui permet d'explorer la manifestation des émotions au-delà des verbalisations rationalisantes (expression du vécu émotionnel dans une activité musicale, perception du vécu émotionnel suite à une écoute musicale, aptitude d'expression par l'improvisation rythmique, musicale et vocale). De plus, le contexte offert par la musicothérapie se prête particulièrement bien à l'évaluation du besoin de structuration et d'encadrement dans l'échange et l'activité thérapeutique.
- Les prestations des infirmiers·ères consistent principalement à évaluer les capacités d'assumer et de gérer les activités courantes de la vie quotidienne (compétences versus possibilité de réalisation effective) et des loisirs (occupation du temps libre, nature, étendue et fonctionnement du réseau relationnel), notamment en ce qui concerne les activités domestiques (ménage, repas, courses) et l'hygiène de vie (rythme de vie, comportements à risque versus comportements de santé sur les plans des soins corporels, des habitudes vestimentaires, de l'alimentation et de l'implication dans la relation à autrui). De plus, les infirmiers·ères évaluent également la perception subjective des besoins, désirs et projets de vie, ainsi que le degré de compliance au traitement et d'information au sujet de la médication.

- Les prestations des ergothérapeutes consistent à évaluer les aptitudes à l'activité occupationnelle créative et productive pour déterminer la pertinence d'un projet de réinsertion professionnelle (aptitudes cognitives et psychomotrices à l'activité envisagée, adaptation du projet aux compétences personnelles, capacité d'adaptation au cadre et aux règles/exigences de la profession envisagée). Dans cette perspective, il s'agit d'examiner le choix de l'activité exercée dans l'atelier d'ergothérapie (pertinence, objectifs, signification) et le degré d'autonomie dans l'exercice de cette activité (capacité de planification, d'organisation, de réalisation de l'activité, versus aptitude d'auto-évaluation, et d'auto-correction). Dans le contexte microsocial de l'atelier d'ergothérapie, le procédé d'investigation porte plus particulièrement sur deux plans importants : celui de la conscience et de l'expression de soi dans l'activité (conscience des troubles et perception du niveau de compétences personnelles, sentiment d'efficacité/inefficacité personnelle, capacité d'expression émotionnelle, tolérance à la frustration, responsabilisation par rapport à soi, investissement dans l'activité, motivation). Et celui des compétences relationnelles et sociales dans l'activité et son environnement (sociabilité, intégration dans le groupe, capacité de collaboration et de coopération, nature des relations avec les autres, adéquation dans les échanges, aptitude à faire plaisir ou à prendre du plaisir dans la relation, responsabilisation vis-à-vis du groupe).
- Les prestations des moniteurs socioprofessionnels sont complémentaires par rapport à celles des ergothérapeutes, qu'elles prolongent dans le contexte différent d'un atelier de réadaptation au travail. Il s'agit alors d'investiguer l'aptitude au travail en évaluant la capacité de rendement (niveau de qualification professionnelle et niveau d'efficience dans l'exécution de tâches professionnelles déterminées : qualité et rapidité du travail, capacité d'adaptation aux changements et aux difficultés, résistance, fatigabilité, concentration, intérêt, ponctualité, acceptation des règles, respect des consignes, degré d'intégration professionnelle dans l'équipe de travail, relations professionnelles avec les collègues et les supérieurs.
- Les prestations des assistantes sociales consistent plus spécialement à évaluer la situation existentielle : lieu de vie habituel (degré de

satisfaction par rapport à l'habitat, degré d'autonomie domestique, équipement et entretien du logement), coexistence avec l'entourage (relations avec le voisinage actuel), intégration sociale (relations familiales, réseau relationnel), activité professionnelle (formation, cursus professionnel, emploi actuel). Il s'agit également d'évaluer la situation financière (gestion des ressources pécuniaires) et d'explorer les possibilités d'assumer les problèmes juridiques et administratifs dans le rapport avec la communauté sociale (gestion des affaires administratives courantes tels que paiement des factures, documents officiels, etc. – problèmes assécurologiques ou juridiques, notamment en cas de séparation, divorce, garde des enfants, endettement, recherche de logement, etc.).

Au terme du programme d'évaluation, et de la synthèse interdisciplinaire qui aboutit à un bilan biopsychosocial approfondi, les résultats sont transmis au patient et à son médecin traitant habituel, lors d'une rencontre déterminée à l'avance. La méthode d'évaluation biopsychosociale interdisciplinaire que nous proposons permet d'associer et de confronter les points de vue particuliers des différents intervenants médicaux et paramédicaux habituellement impliqués dans la réalisation des mesures curatives ou réhabilitatives dont il s'agit de préciser l'indication. Par conséquent, tout en étant aussi bien adaptées que possible au cas particulier de la personne en question, les propositions qui en résultent se fondent sur l'expérience clinique des professionnels susceptibles de les mettre en œuvre. Dans ces conditions, l'élaboration du procédé d'investigation a incité notre équipe pluridisciplinaire à choisir et à adapter des instruments psychométriques ou sociométriques suffisamment bien adaptés à la pratique clinique courante.

La compréhension systémique du modèle biopsychosocial suppose des corrélations entre les divers facteurs pris en considération, lesquels interfèrent dans le contexte d'une interactivité évoluant en fonction du principe de causalité circulaire. L'utilisation d'une méthode d'évaluation biopsychosociale fondée sur la référence à ce modèle demande une approche interdisciplinaire de type « éclectique non syncrétique » ; c'est-à-dire une approche qui associe les différents points de vue (biologique, psychologique et sociologique) sans les hiérarchiser et sans les mélanger,

en établissant des rapports de corrélation excluant absolument tout présupposé de causalité linéaire.

Les principes directeurs de l'évaluation interdisciplinaire biopsychosociale orientent la démarche vers une investigation ciblée selon la demande et les besoins, effectuée dans le cadre d'un accompagnement motivationnel de la personne examinée. Il s'agit d'une démarche souple, par étapes, aussi ajustée que possible aux particularités individuelles des bénéficiaires et aux attentes des praticiens qui s'en occupent.

LE BILAN DE COMPÉTENCES EN ERGOTHÉRAPIE

Cette pratique thérapeutique est réalisée par 4 ergothérapeutes qui représentent un effectif de 290 % et qui voient en moyenne 270 patients par année. Notre expérience clinique s'est fondée au fil du temps, à travers les expériences diverses de chacune et l'impact de l'évolution de la notion de réhabilitation psychosociale. Une démarche qualité a permis de mettre en place, collectivement, un processus de travail soutenant chacune de nos actions. Ce processus permet d'avoir une ligne conductrice et notamment répond aux exigences actuelles de traçabilité, de saisie, d'enregistrement et d'archivage des données. Il est représenté par différents flux qui démontrent le fonctionnement, donnent un cadre de travail qui laisse le temps à la réflexion et au suivi des patients. Notre processus d'intervention basé sur le processus de l'ergothérapie comprend quatre phases qui s'ajustent, s'inhibent ou s'enchaînent à chaque moment :

1. Le bilan de compétences psychosociales du patient qui comprend le recueil des informations et la mise en évidence des ressources et des difficultés à travers un bilan complet.
2. La planification du traitement en fonction des objectifs posés entre le patient, le médecin et l'ergothérapeute.
3. L'application du traitement qui comprend le choix et l'adaptation de l'activité thérapeutique en fonction des objectifs de traitement posés.
4. L'évaluation des effets du traitement qui est composée du feedback des observations de chacun, d'une réévaluation de la situation et d'une discussion de la suite du traitement.

Le processus de pratique que je vais aborder maintenant est tiré d'une évaluation portant sur un bilan biopsychosocial conséquent. Pour diverses raisons (coût, indications, urgence de la demande, etc.), une batterie aussi importante n'est pas systématiquement mise en œuvre de manière intégrale. Ce qui diverge essentiellement, c'est le nombre de personnes qui gravitent autour du patient. Très souvent, il se limite au médecin prescripteur, parfois à d'autres personnes du réseau, le patient et nous-même. Chacune des étapes a son rythme particulier qui est propre à chaque situation, mais toutefois il convient de ne pas utiliser plus de 9 séances pour faire le premier bilan, qui est fait de manière tripartite, le demandeur, le patient et l'ergothérapeute. D'autre part, je me concentrerai ici sur la partie ergothérapeutique, en effet, il serait à la fois trop long et trop laborieux de présenter le bilan de chacun des intervenants.

RECUEIL DE DONNÉES DIRECTES

L'anamnèse psychiatrique est fournie par le médecin dans un premier temps avec les éléments dont il estime être nécessaire pour nous, mais nous nous concentrons surtout sur la situation actuelle. Par ailleurs, il se peut que nous ayons besoin à tout moment du dossier médical pour de plus amples informations, et ceci surtout afin de comprendre les enjeux de cette prise en charge, de voir aussi ce qui s'est déjà passé autrefois pour ce patient. Il nous est important de recevoir des renseignements sur la personne, tant son anamnèse personnelle que celle de la situation actuelle. Il est aussi important que le médecin pose une indication à l'ergothérapie. Nous avons aussi besoin du diagnostic, de la médication reçue, des objectifs thérapeutiques et de la finalité du traitement. L'ensemble de ces éléments est consigné sur une feuille d'admission.

HARRY

Anamnèse familiale : Il n'y a pas d'éléments psychiatriques à retenir dans la famille d'origine du patient. La mère de Harry, née en 1950, est la deuxième d'une fratrie de trois. Son frère et sa sœur sont mariés et ont des enfants. Harry décrit sa mère, qui travaille dans son foyer, comme gentille, effacée, compréhensive. Son père, né en 1946 et est ouvrier ; il est le deuxième de trois frères. Harry dit bien s'entendre avec lui malgré qu'il soit dur, bougon, parfois colérique. Harry a un frère aîné, né en 1978, qui a quitté déjà le domicile familial, fait un apprentissage et travaille actuellement en vue de l'obtention d'une maîtrise fédérale. Il est célibataire. Harry dit bien s'entendre avec lui.

Anamnèse personnelle : Harry est né en 1979. La famille habite dans le village où il a effectué toutes ses écoles. Il a mené une scolarité normale jusqu'à une 9e année en terminale à options. Puis commencé un apprentissage de mécanicien sur moto qui a été difficile, vu qu'il a changé de patron à trois reprises car ayant soit des difficultés financières dans leur entreprise, soit des comportements désagréables à son égard et ne lui apprenant pas grand-chose dans son métier. Il a obtenu son CFC de mécanicien sur moto quatre ans plus tard. Harry a ensuite travaillé pour son dernier maître d'apprentissage pendant un mois, puis il a quitté son poste pour travailler comme vendeur mécanicien dans un grand magasin. Après quatre mois, il a démissionné car le travail ne lui plaisait pas et il ne s'entendait pas avec son entourage. Harry a ensuite effectué son école de recrues. Harry a ensuite vécu alternativement du chômage et de petits emplois dans le domaine de l'électricité ou de la mécanique sur chaise roulante pendant deux ans. Il a cependant fini par se lasser de ces petits emplois et est retourné comme employé chez son dernier maître d'apprentissage, dans le cadre d'une AIT (allocation d'initiation au travail) partiellement subventionnée par l'assurance chômage. La situation au travail s'est progressivement dégradée pour de multiples raisons. Harry ayant l'impression que son patron cherchait à profiter de lui en le prenant pour un idiot, il s'est progressivement senti stressé, la situation est devenue pesante, lui procurant des angoisses, des insomnies et de la fatigue. Il avait peur des responsabilités, s'est senti très peu sûr de lui, éprouvant des difficultés de concentration l'amenant à vérifier sans cesse s'il n'avait pas commis un oubli aux graves répercussions. Il a donc donné sa démission avec pour conséquence une rupture de l'AIT et des prestations du chômage. Il est depuis en arrêt de travail. Sur le plan personnel, Harry habite chez ses parents et ne fait pas grand-chose à la maison. Il a beaucoup de loisirs, de la voiture à la moto, où il investit presque tout son argent. Il aime également les armes, ayant participé aux jeunes tirs militaires dans son adolescence. Il a pratiqué surtout des sports solitaires, tels le vélo ou le fitness. Sur le plan sentimental, Harry a noué quelques relations de courte durée, sans jamais avoir de relations sexuelles. Il dit ne pas être intéressé actuellement par une relation par manque de moyens financiers. Sur le plan social, Harry a des amis plus jeunes avec qui il sort régulièrement, mais il n'a pas vraiment d'amis proches.

Anamnèse actuelle : Depuis sa démission de son poste de travail, Harry est donc en arrêt de travail. Une évaluation au centre de thérapies brèves a conclu à la présence d'un épisode dépressif majeur en rémission partielle (F32.9) et d'un trouble de la personnalité (F60.9). Des tests de déficience intellectuelle ont abouti à un QI verbal de 75, un QI performance de 90 et un QI total de 86, ce qui correspond à une intelligence moyenne faible. Harry s'est déclaré peu désireux d'un suivi spécialisé centré sur son trouble de l'humeur ou sur ses difficultés relationnelles. Il poursuit donc ses recherches d'emploi mais se pose beaucoup de questions quant à la direction qu'il désire prendre. Harry se dit content de son activité de dactylographie, il a pu y faire des progrès, recommencer à lire et s'est acheté un ordinateur à domicile.

L'impression diagnostique au moment de l'évaluation donne : un trouble mixte de la personnalité, immature et dépendante avec éléments obsessionnels-compulsifs et schizoïdes (F61.0). Un épisode dépressif majeur en rémission (F32.9). Il n'y a pas de médication actuellement. Les objectifs du patient et indication à l'évaluation sont en relation avec une orientation professionnelle.

ORGANISATION ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Cette anamnèse est complétée lors du premier rendez-vous, à travers le questionnement du patient et la réalisation de la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO).

Les résultats de la MCRO ont été difficiles à obtenir avec Harry ; néanmoins il ressort que selon lui, il n'y a pas de véritables préoccupations sur le plan des soins personnels. Il est autonome pour ses soins, sauf qu'il ne sait pas faire la cuisine, ses déplacements et sa vie communautaire sont corrects, mais il a un problème de finances (gagne peu avec l'assurance perte de gain). C'est surtout dans le domaine de la productivité que les problèmes sont très marqués : le travail qu'il n'a pas, le choix qu'il lui est demandé de faire et sa difficulté à se fixer dans un job. La gestion domestique est faite par ses parents et cela lui convient totalement. Le domaine des loisirs ne pose quant à lui aucun problème, tant du point de vue des loisirs actifs ou tranquilles et de la socialisation. À la cotation, on trouve un score total de 2 pour le rendement et de 3,2 pour la satisfaction.

Nous présentons maintenant la procédure et les résultats d'un instrument qui permet d'effectuer un bilan complet des compétences biopsychosociales dans un contexte de réhabilitation. Il s'agit de l'Évaluation multifocale de l'activité ergothérapeutique (EMAE) qui est notre outil de travail principal et particulier. Cet outil a été créé en 1998 par nous-même et correspond à notre modèle de pratique. Il est à la fois simple, complet, il peut être quantifié ou qualifié. Il sert de base de travail tant avec le patient (puisqu'il peut lui être donné) tant au médecin, et comme rapport aux assurances telles que l'AI. L'EMAE comporte 45 items répartis en 9 groupes. Chaque item est défini et peut être coté selon une classification pré-définie. Cet outil et son protocole de passation peuvent être obtenus auprès de l'auteure[27].

Dans le cadre de l'évaluation de Harry, l'objet réalisé est un tableau en forme de trèfles avec la technique des clous et fils. Les scores obtenus sont de 200 points (minimum 45, limite 180, maximum 270). De l'évaluation qualitative, on peut trouver les résultats suivants :

Le respect du cadre (10 pts) donne de bonnes appréciations pour le respect des horaires et du cadre.

L'orientation spatio-temporelle (14 pts) donne de bonnes performances, on note une légère surestimation du temps nécessaire en raison d'un manque de confiance en soi. L'orientation dans le temps est satisfaisante (5 pts), l'orientation dans l'espace aussi (5 pts), la précision dans l'estimation des durées est limite (4 pts).

Les capacités cognitives de base (15 pts) montrent des performances bonnes et ne présentent pas de difficultés particulières. L'attention et la concentration (5 pts) ; la compréhension des consignes aussi (5 pts), et la mémorisation (5 pts) sont satisfaisantes.

Les capacités cognitives complexes (32 pts) donnent des performances limites à satisfaisantes. Il apparaît très nettement que le patient a besoin d'un cadre pour fonctionner. Durant la démarche de planification, il se montre peu sûr ; ne sait pas ce qu'on attend de lui ni ce qu'il faut vraiment faire. Il a besoin d'être stimulé, dirigé. Durant la réalisation concrète de l'activité, il se montre bon exécutant et bon apprenti. Un manque d'assurance est flagrant

27 E-mail : anne-catherine.pfister@chuv.ch

dans ses capacités de jugement et d'argumentation. La planification de l'activité (4 pts), l'organisation concrète de l'activité (4 pts), la capacité de jugement et d'argumentation (4 pts) sont limites. Les capacités de déduction (5 pts), d'induction (5 pts), de généralisation (5 pts) et d'automatisation (5 pts) sont bonnes.

Les capacités à élaborer et à effectuer des choix (17 pts) montrent des performances insatisfaisantes à satisfaisantes. Le patient présente une réelle difficulté à faire des choix, mais il parvient à le faire et à s'y tenir. Ceci est en rapport avec une envie de bien faire, un perfectionnisme latent et un manque d'assurance, de confiance en soi. Par contre, même si l'argumentation est faible, le patient s'auto-évalue correctement. L'auto-évaluation des capacités personnelles (5 pts) et l'anticipation des contraintes temporelles (5 pts) sont satisfaisantes. La prise de décision est insuffisante (3 pts) et l'argumentation est médiocre (3 pts).

La motricité (19 pts) donne des performances qui sont globalement bonnes, malgré un léger ralentissement dû en partie à une tendance perfectionniste, voire maniaque importante.
La coordination motrice (85 pts), la précision du geste (5 pts) et la propreté de l'exécution (5 pts) sont satisfaisantes. La rapidité du geste est limite (4 pts).

La motivation, l'indépendance et l'attitude face aux difficultés et frustrations (38 pts) donnent des performances insuffisantes à satisfaisantes. Le patient est vraiment dépendant de l'autre, il a besoin du cadre et du thérapeute pour fonctionner. La prise d'initiatives est faible et il a tendance à se laisser porter. Ses attentes d'efficacité sont limites dans le sens où il se sous-estime et est pessimiste. Par contre, il montre dans un deuxième temps de l'intérêt pour son activité et une bonne tolérance à la frustration dans ce contexte. L'intérêt pour l'activité (5 pts), la persévérance (5 pts), la tolérance à la frustration (5 pts) sont bonnes. Les autres items, les attentes d'efficacité, la prise d'initiative, la lutte contre la régression et la responsabilisation personnelle sont cotés à limite (4 pts) chacun. L'indépendance est insuffisante (3 pts).

La conscience de soi et l'expression de la vie mentale (29 pts) donnent des performances insuffisantes à satisfaisantes. Le patient est vraiment dépendant de l'autre, il a besoin du cadre et du thérapeute pour fonctionner. La prise d'initiatives est faible et il a tendance à se laisser porter. Ses attentes d'efficacités sont limites dans le sens où il se sous-estime et est pessimiste. Par contre, il montre dans un deuxième temps, de l'intérêt pour son activité et une bonne tolérance à la frustration dans ce contexte. L'accès aux réactions physiologiques (5 pts) et l'expression de l'humeur (5 pts) sont bons. L'accès aux pensées est limite (4 pts). Les autres items cotés insuffisants (3 pts chacun) sont la conscience morbide, l'investissement affectif, l'investissement de la thérapie.

Le rapport à autrui et l'intégration sociale (26 pts) donnent des performances limites à satisfaisantes. Le patient est réservé, immature, il a de la peine à se sociabiliser et prendre sur lui pour s'intégrer mais malgré tout il a réussi à faire sa place. Les items suivants sont cotés à (5 pts) : l'adéquation des relations, le désir d'intégration dans le groupe, la coopération. Sont limites (4 pts) la sociabilité et la responsabilisation vis-à-vis d'autrui ou du groupe.
La capacité à faire plaisir est insuffisante (3 pts).

PROBLÉMATIQUE

Actuellement, une grande partie de notre travail est basé sur l'EMAE et une réflexion nous pousse à utiliser la CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) afin de pouvoir

encore mieux rédiger le rapport final qui pose la problématique du patient. La synthèse de l'EMAE porte essentiellement sur les difficultés et les ressources objectivées durant le bilan, ceci en regard avec la demande et le potentiel évolutif du client. Il est important à ce moment-là de viser la globalité de la personne en regard avec le modèle de l'occupation humaine (Kilhofner), de faire des liens avec le rapport au biologique, au psychologique et au social et sociologique. Une problématique adéquatement posée permet une indication au traitement correcte et une réalisation de plan de traitement avec des objectifs précis.

La synthèse du bilan porte notamment sur les difficultés et les ressources de Harry en termes de potentiel évolutif au regard de son avenir professionnel et de sa situation relationnelle et sociale.

La fiche des scores est de 200 pts (minimum 45 ; moyenne 180 ; maximum 270).

Concernant la sphère du cadre, les performances sont bonnes, on peut juste noter une légère surestimation du temps nécessaire en raison d'un manque de confiance en soi.

Concernant la sphère de l'activité, les capacités cognitives de base présentent de bons résultats. Les capacités cognitives complexes sont limites à satisfaisantes. Il apparaît très nettement que le patient a besoin d'un cadre pour fonctionner. Durant la démarche de planification, il se montre peu sûr ; ne sait pas ce qu'on attend de lui ni ce qu'il faut vraiment faire. Il a besoin d'être stimulé, dirigé. Durant la réalisation concrète de l'activité, il se montre bon exécutant et bon apprenti. Un manque d'assurance est flagrant dans ses capacités de jugement et d'argumentation. Les capacités à élaborer des choix sont insatisfaisantes à satisfaisantes. Le patient présente une réelle difficulté à faire des choix, cependant il parvient à le faire et à s'y tenir. Ceci est en rapport avec une envie de bien faire, un perfectionnisme latent et un manque d'assurance, de confiance en soi. Par contre, même si l'argumentation est faible, le patient s'auto-évalue correctement. La motricité est bonne, malgré un léger ralentissement dû en partie à une tendance perfectionniste, voire une maniaquerie importante.

Concernant la sphère relationnelle et personnelle, les capacités sont variables. Le patient est vraiment dépendant de l'autre, il a besoin du cadre et du thérapeute pour fonctionner. La prise d'initiatives est faible et il a tendance à se laisser porter. Ses attentes d'efficacités sont limites dans le sens où il se sous-estime et est pessimiste. Par contre, il montre dans un deuxième temps de l'intérêt pour son activité et une bonne tolérance à la frustration dans ce contexte. Et finalement, en ce qui concerne le rapport à autrui et l'intégration sociale, les performances sont limites à satisfaisantes.
Le patient est réservé, immature, il a de la peine à se sociabiliser et prendre sur lui pour s'intégrer mais malgré tout il a réussi à faire sa place. La coopération est aussi bonne.

En conclusion, à travers ce bilan qui selon Harry reflète bien ce qu'il vit, il se dégage trois points importants. Le premier concerne sa capacité à faire des choix pour son avenir. Cette incapacité tient compte des événements successifs qu'il a affrontés dans ces précédents travaux et aussi d'une difficulté à se prendre en charge, se motiver, faire preuve d'initiative. Le deuxième point renvoie aux difficultés importantes en rapport avec lui-même, le manque de confiance en soi, les difficultés d'expression et d'accès aux émotions, l'aspect défensif, fermé de sa personne. Le troisième point porte sur le perfection-

nisme, la maniaquerie (degré d'attention au détail trop élevé) qu'il présente dans l'activité. Actuellement, le patient est suffisamment entravé par ses difficultés qu'il ne peut fonctionner dans un contexte économique normal très exigeant. Les ressources du patient sont un peu amenuisées, néanmoins son rapport au cadre est bon et ses capacités cognitives de base, ainsi que son fonctionnement général avec un encadrement montrent de bonnes compétences qui lui permettront probablement de se resituer dans le marché économique.

Dans cette situation, ma proposition est de prendre contact avec une association comme IPT (Intégration pour tous) afin d'aider le patient à se retrouver dans le marché de l'emploi.
Et au vu des délais d'attente (environ 6 mois), il serait envisageable de commencer un traitement en ergothérapie axé sur les trois points précédents, ainsi que de poursuivre le programme de dactylographie aux ateliers protégés.

CONDUITE DU TRAITEMENT

PLAN DE TRAITEMENT

Le plan de traitement permet la pose de la finalité, des buts et objectifs généraux. Ils tiennent compte du contexte dans lequel se situe le client et sont en lien direct avec la problématique. La finalité tient compte de tous les principes propres à la réhabilitation psychosociale tel qu'énoncé précédemment; de manière très synthétique, on peut dire qu'elle porte sur «le rétablissement optimum de l'état de santé et de la qualité de la vie, compte tenu de la vulnérabilité et du handicap» (Grasset, 2004). Les objectifs portent sur des termes généraux comme rééduquer et réapproprier, réhabiliter, maintenir, stabiliser, occuper et socialiser.

Finalité
- Réacquérir des compétences dans le but de se resituer sur le marché de l'emploi.

Buts
- Développer une capacité à faire des choix et une indépendance propre.
- Favoriser l'expression de ses émotions et développer une confiance en soi.
- Réaliser adéquatement une activité sans perfectionnisme et maniaquerie.

Objectifs généraux – Que Harry soi capable de :
- Faire le choix de la prochaine activité seul.
- Faire des petits choix dans le cadre de la réalisation de l'activité choisie.
- Prendre des initiatives dans le cadre de l'activité sans l'appui de la thérapeute.
- Prendre des initiatives dans le cadre de son programme sans aide.
- Essayer d'identifier ses émotions.
- Essayer d'exprimer et de mettre en mots ce qu'il ressent.
- Prendre sa place au sein du groupe.
- Prendre des initiatives pour être en interaction dans le groupe.
- Réaliser un objet en tolérant des défauts.



– Réaliser une activité d'un bout à l'autre sans la refaire plusieurs fois.
– Apprendre «à s'arrêter» dans la réalisation d'un objet.
– Tolérer de se «salir» en pratiquant une activité.

APPLICATION DU TRAITEMENT

La mise en place du programme de traitement porte sur la clarification du cadre, de l'activité et de la relation. Il y a clarification de ce qui est prévu dans l'idée de fixer des indicateurs auxquels se référer au cours du traitement et au moment de l'évaluation finale. Ceci se fait bien sûr en posant le plan de traitement comme ci-dessus, mais aussi avec la feuille des objectifs de traitement que le patient remplit lui-même après un entretien où la problématique est abordée. Les principes et techniques de traitement portent sur les 3 référentiels connus, c'est-à-dire le *cadre*, l'*activité*, et la *relation*.

La prescription du *cadre* définit s'il s'agira d'une thérapie individuelle et/ou d'une thérapie personnelle en groupe. Ce dernier concept signifie que chaque patient a ses objectifs de traitement et sa propre activité et qu'il la réalise dans le cadre d'un groupe. Il y a interactions autour du matériel, de l'outillage et de la relation collégiale qui s'instaure. Les horaires de traitement ainsi que la fréquence de traitement sont définis. Dans le cadre prescrit, sont aussi explicités les liens avec l'équipe et le réseau si besoin, ainsi que la pratique des autres professionnels et les autres thérapies prodiguées. Le cadre tient une place importante et l'on se réfère surtout au concept de D. Winnicott, à savoir celui d'espace transitionnel; en effet, l'atelier d'ergothérapie est un espace physique et psychique, expérimental, qui entre en correspondance étroite avec ce concept. L'aspect environnemental a un impact non négligeable sur l'état du patient; ce concept permet d'influencer la dynamique de groupe, par exemple par l'aménagement de l'atelier. Le concept de l'ambiance et les notions de convivialité qui se dégagent de cet environnement sont fortement ressentis par les patients.

La description de l'*activité* permet de savoir qu'elle est la plupart du temps choisie par le client. Un ajustement ou une négociation a lieu si l'activité ne correspond pas aux objectifs de traitement posés, voir si elle dépasse le budget plus ou moins prévu ou le laps de temps nécessaire pour sa réalisation. Une analyse structurale est faite par le patient afin de définir la mise en place de l'activité et une discussion a lieu sur les objectifs

à atteindre à chaque étape. Il est nécessaire que l'ergothérapeute fasse une analyse structurale et une analyse phénoménologique de l'activité afin d'être au clair quant aux objectifs posés. La variété des différents types d'activités porte essentiellement sur deux catégories : les activités à structure forte ou les activités à structure faible telles qu'elles sont définies dans l'analyse phénoménologique de A. Moles (1998). L'activité revêt des fonctions différentes, elle peut tour à tour être médiatrice, structurante, réversible, soutenante, expressive, confrontante selon l'état du patient et des objectifs posés. Dans ce cadre, on se référera essentiellement aux concepts de Gary Kilhofner (1985) dans le MOH (cf. chapitre III).

La *relation* thérapeutique devrait permettre l'instauration d'un rapport de confiance, de collaboration et de participation. Très souvent, l'ergothérapeute est seule protagoniste dans le traitement en dehors du médecin prescripteur qui voit le patient quand il peut. L'ergothérapeute est ainsi amenée à réaliser une psychothérapie de soutien par délégation. Dans cette situation, les responsabilités qui pèsent sur elle sont importantes, surtout lorsque le patient décompense et nécessite une hospitalisation. C'est l'ergothérapeute qui est amenée à faire les transactions pour l'hospitalisation en accord avec le médecin traitant. Il arrive qu'elle parvienne à différer l'hospitalisation et à mettre en place d'autres alternatives si besoin, en particulier lorsqu'il n'y a plus de place à l'hôpital. Le contrat de confiance qui s'instaure est alors d'autant plus important, et ceci nécessite une approche psychologique et une expérience professionnelle importante, qui ne s'apprend pas dans les livres. Différents modèles de références sont présents à mes yeux et constituent une référence institutionnelle réhabilitative que chaque thérapeute peut intégrer à sa pratique. Il s'agit de la relation d'aide selon Rogers, de l'hypnose eriksonienne, de l'approche écosystémique (Benoit, 1992), du modèle de co-évolution, et du modèle du paradigme évolutif. Chacune de ces références ne peut être facilement explicitée dans le sens où une description pourrait être faite de ce qu'elles apportent à la relation en ergothérapie. En effet, elles sont, comme les différents modèles paradigmatiques décrits précédemment, partie intrinsèque des valeurs et fondements du thérapeute. Un livre permettrait, peut-être, le développement de ce qu'elles apportent chacune à l'ergothérapie.



PROGRAMME DE TRAITEMENT DE HARRY

Cadre :

Deux séances d'ergothérapie hebdomadaire sont prévues ; l'horaire est de 9h à 11h30 les lundi et jeudi matins. Une pause collective et relationnelle est prévue de 9h30 à 10h, à laquelle il devrait participer (ce n'est pas une obligation dans le sens où l'espace est non-fumeur et que c'est le seul moment « fumée autorisée » ; mais ceci ne le concerne pas vraiment car il ne fume pas). Pour Harry, l'ergothérapie prévue se passe en groupe mais de manière individuelle (seul avec son activité). L'atelier comporte quatre grandes tables et deux plus petites. Il est fortement conseillé à Harry de se placer autour d'une grande table. Le groupe peut avoir jusqu'à 12-15 patients par matinée. Des entretiens individuels sont possibles à sa demande. La relation prévue avec les autres membres du réseau se limite dans sa situation à une relation avec son médecin traitant qui est en lien avec l'évolution de Harry. Le médecin traitant et moi-même sommes à la disposition de la famille si elle le désire.

L'activité :

Après discussion et selon le désir du patient, il est défini dans un premier temps de terminer son tableau clous et fils et de réaliser un nouvel objet avec cette technique. Nous abordons aussi le fait, dans un deuxième temps, de réaliser une activité inconnue pour lui, peut-être moins rassurante, comme la céramique. Le fait d'accéder à sa demande de poursuivre dans le même type d'activité rassurante et très contrôlée de sa part me permet de travailler le premier but posé, à savoir la confiance en soi, la prise d'initiatives, l'indépendance relationnelle et aussi le troisième but posé qui vise à réduire la maniaquerie et le perfectionnisme du patient notamment en l'obligeant à ne pas défaire chaque fois qu'il a tendu un fil. Le fait d'aborder directement l'idée d'aller vers des activités moins rassurantes et moins contrôlées lui permet d'envisager le fait qu'il ne fasse pas toujours ce qui l'arrange, mais le met dans un processus évolutif dont il doit prendre le chemin s'il veut atteindre la finalité posée.

La relation :

Dans le cas de Harry, la relation thérapeutique que j'ai prévu d'avoir privilégie la mise en lien avec les autres et avec lui-même. Après lui avoir permis de trouver « sa place » dans le cadre prévu, un travail d'assurance et d'augmentation de l'estime de lui-même par des interactions valorisantes autour de ses compétences doit être fait. L'idée est de le faire en augmentant progressivement l'obligation pour lui de faire des choix, de prendre des initiatives, d'être dans l'obligation de parler aux autres, comme dans le partage des outils ou de lui donner un rôle, si le contexte le permet, où il doit lui-même aider un autre patient qui utilise cette technique. Dans un premier temps, la relation thérapeutique doit lui permettre, en se sentant en confiance, de faire des expériences d'individuation dans un espace protégé. Dans un deuxième temps elle doit venir pour le confronter, l'obliger à aller dans un chemin peu connu, à faire un travail sur lui-même, selon ses possibilités, afin de lui permettre de se trouver, d'être lui-même face à son avenir professionnel surtout.

ÉVALUATION DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

L'évaluation finale porte sur un nouveau bilan avec l'EMAE qui tienne compte de l'évolution du patient et aussi de la finalité, des buts et objectifs généraux posés. Elle est aussi un résumé de ce qui s'est passé pour le patient durant le traitement et préfigure soit de la fin

du traitement, soit de la définition d'un nouveau programme de traitement, soit d'une réorientation vers d'autres traitements ou espaces de soins.

Évaluation du traitement de Harry : il serait trop long ici de reporter l'EMAE qui s'est faite en fin de traitement. Il s'agit d'estimer si le patient a évolué au travers du traitement donné ; effectivement Harry, a de meilleures performances globales (235 points obtenus). Qualitativement, les performances ont augmenté de manière uniforme ; ceci lui a permis de se renforcer et de se déterminer pour son avenir ; Harry fait actuellement des projets de reprise d'activité professionnelle. Dans cette continuité, il a décidé d'arrêter son programme de traitement au CES et s'est inscrit en tant que demandeur d'emploi.

Les principales contre-indications à une approche biopsychosociale sont l'exacerbation aiguë de la pathologie, nécessitant un encadrement hospitalier avec surveillance constante ; la propension à la violence demandant des mesures de sécurité particulières ; la toxicomanie active grave (OH compris), le statut judiciaire incompatible avec un suivi de jour et la perspective d'une réhabilitation psychosociale ; enfin, un handicap secondaire trop important ou une absence de signe de potentiel évolutif.

ÉVOLUTIONS DU MODÈLE

Ce modèle s'adresse à toutes les populations mais, actuellement, repose dans une démarche collective de prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques chroniques ou durables. Ce modèle est contraignant dans sa dynamique de pluri-disciplinarité. C'est à la fois sa force au niveau des investigations menées qui sont d'une richesse extrême, mais aussi sa faiblesse dans le sens d'une difficulté d'organisation et de planification qui impose, parfois, des listes d'attente longues. Ce modèle qui s'inscrit dans une vision globale et dynamique de la personne me semble correspondre aux attentes multiples des acteurs de la santé d'aujourd'hui et paraît avoir une nécessité d'être. Son évolution tend vers une investigation encore plus poussée et plus pointue afin de répondre aux multiples demandes des acteurs payeurs du système de santé.

L'ergothérapie de demain telle qu'elle est présentée dans ce modèle a une place prépondérante dans le traitement réhabilitatif et réadaptatif des maladies psychiatriques. L'ergothérapie devra évoluer en devenant, pour la psychiatrie et la santé mentale, plus pointue dans le domaine

de l'investigation et encore mieux armée pour définir des concepts de réhabilitation sous la forme de programme participatif. Cependant, il est nécessaire de s'ouvrir sur la communauté afin de créer un pont nécessaire entre le monde économique et la réhabilitation dans le but d'offrir aux patients une mise en œuvre de leurs compétences dans le milieu naturel professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). DSM-IV – MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX (trad. française : Guelfi J. D. et coll.). Paris : Masson.

CIOMPI, L. (1983). « How to improve the treatment of schizophrenics, a multicausal illness concept and its therapeutic consequences. » In Stierlin L. C. & coll. (Eds) : PSYCHOSOCIAL INTERVENTION IN SCHIZOPHRENIA. Berlin : Springer, 53-65.

CNAAN, R. A. ET AL. (1988). « Psychosocial rehabilitation : toward a definition. » PSYCHOSOCIAL REHABILITATION JOURNAL, 11, 4, 61-77.

ENGEL, G. L. (1977). « The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. » SCIENCE, 196, 4286, 129-136.

ENGEL, G. L. (1980), « The clinical application of the biopsychosocial model. » AM. J. PSYCHIATRY, 137, 535.

GRASSET, F., ORITA, A., VEILLON, H., CUCCHIA, A.-T. (2004). « Origine et évolution de la réhabilitation psychosociale. » REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE, 124, 183-186.

GRASSET, F., POMINI, V., FAVROD, J., ORITA, A., VEILLON, H., CUCCHIA, A.-T. (2004). « La réhabilitation à l'aube du XXIe siècle : méthode d'évaluation interdisciplinaire et bilan biopsychosocial. » REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE, 124, 199-203.

GRASSET, F. & BOVET, P. (1993). « Les apports de l'étude vaudoise sur la schizophrénie réalisée dans le cadre de l'enquête de Lausanne. » CONFRONTATIONS PSYCHIATRIQUES, 35, 217-240.

GRASSET, F., THERIANOS, D., SCHNEIDER, S. (2002). ÉVALUATION DES MOYENS D'HÉBERGEMENT À VISÉE SOCIOTHÉRAPEUTIQUE OU RÉHABILITATIVE MIS EN ŒUVRE DANS LE CANTON DE VAUD À L'INTENTION DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES ADULTES. I : Évaluation de la demande en possibilités de placements résidentiels extrahospitaliers. Rapport final du programme de recherche (première partie). Lausanne : DSAS/UR-DUPA.

KILHOFNER, G. (1985). A MODEL OF HUMAN OCCUPATION : THEORY AND APPLICATION. Baltimore : Williams & Wilkins.

LALONDE, P., AUBUT, GRUNBERG (2001). PSYCHIATRIE CLINIQUE : UNE APPROCHE BIOPSYCHOSOCIALE (2e édition). Montréal, Québec : Gaétan Morin.

LAW, M., BAPTISTE, S., CARSWELL A., MCCOLL, M. A., POLATAJKO, H. ET POLLOCK, N. (2000), LA MESURE DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL, Ottawa : CAOT Publication ACE.

MOLES, A. (1998). L'ANALYSE STRUCTURALE ET PHÉNOMÈNOLOGIQUE. Tournai : Casterman.

OMS (1988). CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS : DÉFICIENCES, INCAPACITÉS ET DÉSAVANTAGES. UN MANUEL DE CLASSIFICATION DES CONSÉQUENCES DES MALADIES. Vanves : CTNERHI-INSERM. (Traduction de WHO 1980).

SARACENO, B. (1995), « Préface ». In : VIDON, G. (Éd.) LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE EN PSYCHIATRIE. Paris : Frison-Roche, 12-15.

WINNICOTT, D.W. (1971). JEU ET RÉALITÉ : L'ESPACE POTENTIEL. Paris : Éditions Gallimard.

CHAPITRE VII

ERGOTHÉRAPIE DE L'ÂGE AVANCÉ

AMR EL NADI

Dans ce chapitre, nous traiterons de l'ergothérapie dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé. Nous verrons qu'il s'agit d'un domaine particulier dans la mesure où la personne âgée atteinte dans sa santé mentale est, en plus d'être confrontée, tout comme chez l'adulte, à un certain nombre de problèmes, tels que l'image que lui renvoie son entourage, l'exclusion et la stigmatisation, elle doit également faire face à une société qui évolue à un rythme de plus en plus rapide, ce qui lui demande un effort constant d'adaptation. Ajoutons que la vieillesse est largement considérée, par l'opinion publique, comme synonyme de déclin inéluctable et la sénescence est souvent confondue avec sénilité.

La personne âgée doit, par conséquent, et dans une large mesure, faire face à un triple défi : se battre contre les difficultés réelles qui sont dues au vieillissement physiologique, normal ; lutter contre les pathologies de l'âge avancé mais aussi contre l'image dégradante ou négative que lui renvoient ses semblables. C'est ainsi, et à juste titre, que les idées fausses qui entourent la personne âgée ont été dénoncées par de nombreux auteurs afin de mieux comprendre et d'isoler, pour mieux les traiter, les maladies faisant leur apparition à l'âge avancé. Cette dénonciation a dominé la pratique de nombre de spécialistes qui ont été à la base d'un

bouleversement de la psychiatrie de l'âge avancé depuis la fin des années 60. Les promoteurs de cette nouvelle manière de considérer « une psychiatrie de l'âge avancé » furent Ajuriaguerra, Tissot, Richard, Wertheimer en Suisse et Lehr en Allemagne, pour ne citer qu'eux. En effet, le sujet a été largement débattu en son temps. Il a été réactualisé en 2000 grâce à la tenue d'une série de réunions consensuelles à Lausanne sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à l'issue desquelles plusieurs recommandations ont été formulées pour améliorer la condition de la personne âgée mentalement atteinte. Ainsi, le dernier document de ce travail (« *Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders. A Technical Consensus Statement* ») rend attentif aux dangers de la stigmatisation des personnes âgées atteintes psychiquement et en décrit les causes et les conséquences :

LES CAUSES

- Une conception erronée des faits concernant la nature de l'âge avancé ainsi que des maladies mentales et leur traitement.
- La peur des accidents, de la contagion, de l'inconnu, du poids des thérapies, de son propre vieillissement.
- Un penchant vers la conformité sociale, la sécurité et la suppression de la déviance subséquente.
- Une tendance à la conformité sociale, la sécurité et l'éradication de toute déviance.
- L'intériorisation des sentiments de stigmatisation par ceux qui en sont touchés (patients, familles, professionnels).

La stigmatisation des personnes âgées psychiquement atteintes se trouve *renforcée* par :

- Les facteurs culturels, tels que les différences et croyances spécifiques ayant trait à la place de la personne âgée dans la société, de la causalité de la maladie mentale et de ce qu'elle suppose pour les membres de la famille du patient.
- L'instabilité économique et sociale : guerres, émigration, affluence de réfugiés, etc., sont une porte ouverte à la stigmatisation des patients souffrant de pathologies mentales à tous âges.



- L'absence ou la soi-disant absence ou inadéquation de stratégies préventives ou de traitements des maladies mentales.
- Le manque de systèmes d'information visant à former tant les professionnels de la santé que le grand public.
- La discrimination sexuelle, qui peut être plus élevée dans les populations âgées où les femmes sont plus nombreuses que les hommes.

LES CONSÉQUENCES

La stigmatisation des personnes âgées souffrant de troubles mentaux entraîne le développement d'attitudes négatives telles que:

- Les idées de préjudice dans la pensée populaire qui désigne la personne atteinte mentalement comme dangereuse, faible, irresponsable, etc.
- L'association de la vieillesse à la faiblesse, à la maladie, aux bizarreries, à l'inflexibilité, à l'improductivité, etc.
- Le développement d'idées fausses selon lesquelles les individus seraient responsables de leur maladie et de ses conséquences.
- L'émergence de clichés populaires, souvent appuyés par les médias, confondant maladie mentale et personne âgée.
- La conviction traumatisante chez les victimes de stigmatisation se traduisant par la gêne, la dévalorisation, le recul devant la possibilité de discuter de leurs problèmes, les empêchant d'accéder aux services.
- L'apparition de sujets tabous fuyant le débat public.
- L'instauration d'attitudes professionnelles négatives vis-à-vis des personnes âgées souffrant de maladie mentale.
- L'instauration d'attitudes négatives vis-à-vis des professionnels des services d'aide aux personnes âgées souffrant de maladies mentales.
- Le renforcement d'opinions professionnelles alarmistes relatives aux besoins, à la charge et aux coûts des soins.

Ces constats situent bien le problème de la personne âgée, qu'elle soit saine ou atteinte dans sa santé, qu'elle appartienne à l'hémisphère nord ou à l'hémisphère sud. Nous percevons ainsi, en filigrane de ces constats, des notions ou des mots clés tels que: lourdeur de la charge, dangers, improductivité, incapacité, etc.

L'objet de l'ergothérapie est le savoir « faire », notion étroitement liée aux capacités et aux compétences. Or, le « faire » est constamment sur la brèche lorsque nous évoquons la vieillesse et, à plus forte raison, lorsque nous associons vieillesse et troubles psychiatriques. Du coup, l'ergothérapie se trouve au centre d'un débat et se voit porteuse d'une mission que nous placerons en première ligne en matière de prestations de soins offerts en psychiatrie de l'âge avancé.

Notons aussi que l'ergothérapie en psychiatrie de l'âge avancé ne se penche pas seulement sur des questions d'ordre cognitif, elle détient un rôle tout aussi important dans le registre des atteintes psychoaffectives.

Le but de ce chapitre serait atteint s'il établissait un lien entre l'évolution démographique, la communauté et le problème de santé mentale des personnes vieillissantes ; en démontrant qu'une psychiatrie de l'âge avancé est une spécialité en soi ainsi que l'ergothérapie qui s'y pratique.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS DÉMOGRAPHIQUES

La psychiatrie de l'âge avancé ne peut s'exercer d'une manière confinée, dans un cadre hospitalier aux limites infranchissables. L'ergothérapie, dont la mission se confond avec la notion de réadaptation et d'adaptation, se doit d'enjamber le mur qui sépare l'institution de la communauté. Que ce soit la mission de l'une ou de l'autre, la psychiatrie de l'âge avancé ou l'ergothérapie ont l'obligation, pour répondre à leur mission, de garder des objectifs et une action extra-hospitalière « supra-symptomatiques ». Du reste, aucune mesure thérapeutique, qui se voudrait efficace, ne peut faire l'économie d'un regard éclairé sur le contexte social dans lequel elle s'inscrit.

Il existe une corrélation directe, de type boucle rétroactive, entre la maladie et le milieu du patient. Cela nous fait penser à une trilogie en interaction : patient, activité, environnement. Cette relation nous incite à pousser les limites de notre réflexion et l'étendre à d'autres disciplines. Il n'est donc pas inintéressant de faire un détour par des approches telles que la démographie, ce qui nous permet ainsi de mieux cibler nos interventions auprès de la population que nous prenons en soins. En effet, au-delà des descriptions chiffrées et la mise en évidence du profil d'âge

d'une société donnée, la démographie peut, de surcroît, renseigner sur l'évolution des besoins des différentes tranches d'âge d'une population donnée.

La réhabilitation et la réadaptation (rendre capable de nouveau ou adapter à une nouvelle situation) sont des notions clés situées au cœur de la démarche ergothérapeutique. Ces notions font, par conséquent, référence à un état antérieur ou un état jugé confortable par le sujet concerné. L'importance de connaître ou d'avoir une représentation générale des besoins de la population à laquelle s'adresse l'ergothérapie n'est donc plus à démontrer.

Pour illustrer ces propos, nous nous sommes basés sur une étude intitulée « Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse », étude réalisée par Höpflinger et Hugentobler (2003) qui nous permettra, ne serait-ce que sur le plan national, d'identifier les ressources nécessaires à mobiliser et à mettre en place afin de mieux venir en aide à notre population cible. Dans cette étude, les auteurs affirment que la mise en place de mesures appropriées de soins et de réadaptation peut conduire à la diminution du nombre de personnes âgées dépendantes, ce qui semble être une entrée en matière optimiste et porteuse d'un espoir certain. L'étude constate, par ailleurs, que l'espérance de vie a fortement augmenté ces dernières années, non pas à cause de l'accroissement de la durée de vie biologique, mais à cause de la réduction de la mortalité précoce. Ainsi l'espérance de vie chez les hommes passera de 76,9 à 82,5-85,5 d'ici à 2060 et les femmes de 82,6 à 87,5-90 ans d'ici à 2060 pour autant – et c'est en cela que cette étude présente déjà un intérêt pour les professionnels de la santé et au-delà des chiffres – « que les structures de politiques sociale et sanitaire actuelles ne subissent pas de changements conséquents ». Ceci étant, les conclusions de cette étude s'avèrent, nous le verrons plus loin, grandement opérationnelles pour les ergothérapeutes. Voici celles qui nous semblent les plus percutantes :

- « Les soins de vieillesse » sont étroitement liés en grande partie à la psychiatrie de l'âge avancé, par conséquent, celle-ci doit occuper une place centrale dans les soins prodigués à cette population.
- Les troubles dépressifs sont fréquents chez la personne âgée. Ils seraient à la base d'une augmentation des besoins en prestations de soins d'autant plus que ces troubles s'accompagnent de pertes cognitives.

- L'intervention précoce en matière d'atteinte organique cognitive peut atténuer l'augmentation des démences dues au vieillissement démographique et le problème de l'augmentation régulière du nombre de personnes nécessitant des prestations de santé.
- La polymorbidité chez les personnes âgées nécessite une approche intégrée et multidisciplinaire.
- Des mesures ciblées de prévention et de rééducation auprès des personnes âgées permettent d'atténuer sensiblement le problème de l'augmentation continue, due au vieillissement démographique, du nombre de personnes nécessitant des prestations de santé.

Il n'est pas dans l'ambition de ce texte de s'approprier une science comme la démographie. Il s'agit simplement d'attirer l'attention sur l'influence que peuvent avoir des mesures de réadaptation, de prévention et de compréhension des phénomènes influençant la santé publique, afin de permettre la mise en place des solutions les plus appropriées.

PSYCHIATRIE DE L'ÂGE AVANCÉ

Dans un rapport annuel sur la psychiatrie dans le canton de Vaud, Giannakopoulos et Gaillard (2004) soulignent l'aggravation et l'augmentation de la fréquence des pathologies de la dépendance, phénomène s'amplifiant chez la personne âgée de nos jours: «Il s'agit d'une préoccupation naissante en termes de santé publique mais qui est appelée à occuper une place prédominante en psychiatrie de l'âge avancé au cours des prochaines décennies. Couplé aux maladies de l'impulsivité, l'abus de médicaments agissant sur le fonctionnement psychique et l'abus d'alcool touchent actuellement une proportion grandissante des personnes âgées. On découvre ainsi des réalités difficiles à affronter pour ces patients: la précarité croissante des personnes âgées avec problèmes psychiatriques, l'effritement longtemps minimisé de leur tissu social, l'accumulation des pertes et des blessures de l'image de soi irréparables, le poids du changement de l'image corporelle, la difficulté de donner un sens à l'existence pour éviter la chronique d'une mort psychiquement annoncée.» Bien que la question de la dépendance soit un problème des plus compliqués, c'est l'évocation des «réalités» de la personne âgée avec son cortège de difficultés qui la font sombrer dans des conduites

pathologiques qui a attiré notre attention, car cette part de la réflexion ou du constat, faut-il le dire, n'est rien d'autre que la destinée générale des patients de la psychiatrie de l'âge avancé et résume bien leurs particularités. Ajoutons à cela le facteur co-morbidité pouvant amplifier leur fragilité.

La psychiatrie de l'âge avancé relève de deux grands registres pathologiques : les affections psycho-organiques et les atteintes psychoaffectives. Le type de la problématique déterminera les outils thérapeutiques à mettre en place. Il n'en demeure pas moins que, dans un cas comme dans l'autre, le patient doit être toujours considéré comme un être bio-psychosocial, formé d'un corps, d'un esprit évoluant dans un contexte donné (Rufini & Gaillard, 1996).

LES PARAMÈTRES QUI ORIENTENT LA PRISE EN SOINS

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les atteintes psychoaffectives (la dépression et la décompensation psychotique), ainsi que la démence sénile sont les trois grands axes pathologiques qui forment l'essentiel des pathologies de base rencontrées en psychiatrie de l'âge avancé. À chacun de ces axes sont associés des paramètres dont il faudra tenir compte. Ils constituent des nœuds auxquels chaque approche thérapeutique impliquée dans la situation se doit de trouver une réponse appropriée, bien entendu en fonction de ses propres outils.

Nous remarquons que des trois catégories pathologiques énumérées ci-dessous, deux appartiennent au registre psychoaffectif et la troisième au registre particulier des troubles psycho-organiques. Le fait de bien distinguer ces deux versants n'est pas fortuit, puisque, comme nous allons le voir par la suite, le concept d'application ergothérapeutique diffère, selon qu'il s'adresse à l'une ou à l'autre « famille » pathologique. Énumérons d'abord les éléments dont il faut tenir compte dans chacune d'elles.

La dépression :

- La souffrance morale.
- Le temps.
- Le manque d'envie (l'anhédonie).
- La culpabilité.
- L'agressivité.

La décompensation psychotique :

- Le temps.
- L'espace et la distance.
- La différenciation moi-l'autre.
- La réalité et l'imaginaire.
- La relation de cause à effet.
- Le choix.
- La communication et la sémantique.
- La distinction entre l'agréable et le désagréable.
- La gestion de l'angoisse au travers des mécanismes de défense.

La démence :

- L'identité.
- Les ressources et les déficits.
- La communication.
- La temporalité.
- Le soutien.
- L'environnement.

Ajoutons au chapitre de la démence les attitudes psychothérapeutiques définies par Wertheimer (1994).

Dans la forme :

- Admettre le discours du dément comme un désir de communiquer.
- Considérer ses propos comme significatifs de ce qu'il est, de ce qu'il éprouve.
- S'adapter au degré de détérioration : en s'accommodant des changements progressifs des modes de communication qui deviennent moins informatifs, qui laissent la place à l'échange émotionnel.
- S'adapter aux capacités déclinantes d'anticipation : en renonçant progressivement à aider à affronter le futur, en adoptant un mode d'approche instantané limité au présent.
- Aider dans le dialogue à identifier les liaisons entre le présent et les fragments du passé qui sont évoqués.
- Aider, par la répétition des contacts, à établir une permanence externe par la constance dans le mode d'approche, par la constance dans le style de communication.



Dans le fond :
– Reconnaître le malade dans son identité.
– Avoir conscience des pertes qu'il vit.
– Voir dans son discours le reflet de trois réalités : la manifestation de sa dissolution, l'élaboration de la réalité vécue, le support d'une permanence.

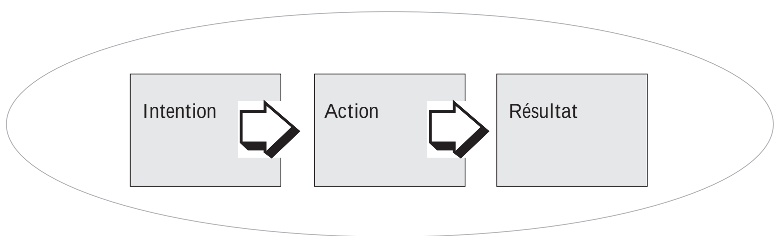
Les items énumérés ci-dessus constituent autant de portes d'entrée possibles dans la problématique du patient. Il faut cependant se garder de croire que l'intégration de cette liste constitue une fin en soi, nous garantissant une aisance en matière d'attitude à avoir avec les patients. En fait, acquérir cette connaissance ne constitue que les prémisses d'une bonne articulation entre l'activité, la problématisation nécessaire à toute approche thérapeutique et la pathologie.

DE L'UTILISATION DE L'ACTIVITÉ

L'activité est « le pivot de l'intervention en ergothérapie » (Favre, Herren, Bettenmann, Charbon, 1982). C'est d'elle que doivent émerger les deux piliers thérapeutiques : la réflexion et l'action. D'où l'importance de l'acquisition d'un « concept d'activité », tel qu'il a été évoqué au début du chapitre. Celui-ci doit se situer en amont de l'analyse structurale et phénoménologique.

Dans ce qui suit, l'activité est représentée telle une chaîne dont les maillons sont vectorisés de l'intention au résultat en passant par l'action (figure 14). L'activité a ainsi un début et une fin et elle traverse un moment dit « action ».

FIGURE 14 : L'ACTIVITÉ EST UNE CHAÎNE ORIENTÉE VERS UN RÉSULTAT.



Alors que les maillons de cette chaîne semblent logiquement solidaires, il n'en demeure pas moins qu'en ergothérapie, et surtout en psychiatrie, nous aurons à investir, selon les situations, un maillon de cette chaîne, indépendamment des autres, lorsqu'il s'agira de patients souffrant de troubles psychoaffectifs, par exemple. À l'inverse, nous aurons à considérer l'ensemble de la chaîne lorsque nous traiterons un sujet souffrant d'une pathologie dégénérative ou psycho-organique.

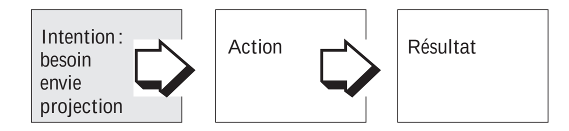
DE LA PATHOLOGIE À L'ACTIVITÉ

Revenons aux trois grandes pathologies faisant l'objet de l'intervention en psychiatrie de l'âge avancé pour démontrer l'usage possible de la chaîne d'activité. Précisons, tout d'abord, pour des raisons de clarté, que nous évoquerons les pathologies d'une manière « pure », sans combinaisons pathologiques, afin de rendre la compréhension du concept aussi claire que possible. Précisons également que nous ne nous lancerons pas dans un discours étiologique. Nous nous contenterons de considérer seulement les manifestations de la maladie et ses rapports avec « les temps » de l'activité (intention, action, résultat). Enfin, toutes les variations possibles sur le thème proposé ne seront pas forcément évoquées. Trois exemples seront examinés pour inciter le lecteur à « manipuler le concept ».

L'INTENTION

L'intention est le premier moment de l'activité. C'est elle qui donne son caractère vectoriel à la chaîne. Sans intention, comparable à un résultat, l'activité demeure une entreprise vide de sens. Mais l'intention ne peut émerger sur un terrain où le temps est figé ; où l'avenir ne constitue aucun intérêt puisque le passé n'a aucune valeur et que, finalement, les notions de projet et d'envie ne représentent plus rien. Il s'agit là, bien entendu, de quelques-unes des manifestations observées chez une personne atteinte de dépression, chez qui une approche basée d'emblée sur l'activité thérapeutique ne peut être « payante » tant qu'un travail sur l'intention n'est pas entrepris et tant que nous n'avons pas désenclavé celle-ci de l'ensemble du processus (figure 15).

FIGURE 15 : L'INTENTION.



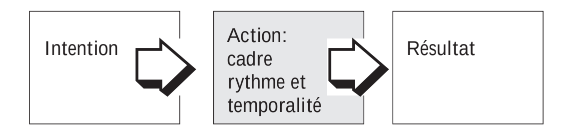
Le besoin, l'envie et la projection deviennent une priorité, dans le cas précis. Une réflexion autour du coût généralisé (Moles & Rohmer, 1977), selon la théorie des actes, prend tout son sens et devient incontournable. De même que la biographie de la personne et les appuis possibles pour la mobiliser.

Bien que le sujet dépressif puisse montrer un tel désinvestissement de l'activité, qui peut nous faire penser à une atteinte cognitive, il ne faut pas conclure hâtivement à une telle issue. Une pratique courante dans notre milieu consiste même à considérer le patient, dans ce genre de situation où le doute domine, sous l'angle le plus favorable pour lui du point de vue pronostic, à savoir celui de la dépression, la démence étant, pour l'instant, une maladie irréversible.

L'ACTION

Le maillon central de la chaîne d'activité constitue le cadre de l'action, le rythme, un langage et une temporalité. Il représente une notion importante : le concret (figure 16).

FIGURE 16 : L'ACTION.



Tout d'abord, le cadre, à savoir un lieu dans lequel se déroule l'action. Un setting ou dispositif redondant et précis, respectant un certain nombre de règles, un plan à suivre. Vient ensuite le rythme, traduisant la notion de régularité et la temporalité, introduisant la notion d'étape impliquant un début et une fin. Cet ensemble est un langage riche en

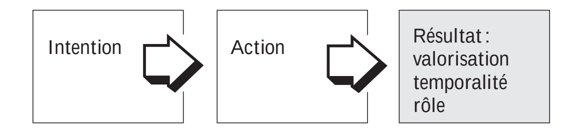
significations infra-verbales permettant une structuration nécessaire et substitutive lorsque le langage verbal devient incertain.

Nous découvrons ainsi, dans le maillon « action », tous les ingrédients significatifs pouvant constituer une attitude adéquate face à un sujet souffrant de décompensation psychotique, attitude qui nous renvoie aux modèles de compréhension énumérés au début du chapitre.

LE RÉSULTAT

Aucune intention ou action ne peut être perçue comme positive ou négative si elle n'implique pas un résultat mesurable et comparable à une idée de départ (figure 17). Le résultat est le couronnement du projet et la preuve de la durée et du temps passé à le réaliser. Il permet à la personne de s'attribuer un rôle a posteriori et peut-être, même, dans l'avenir.

FIGURE 17 : L'ACTIVITÉ VISANT LE RÉSULTAT.

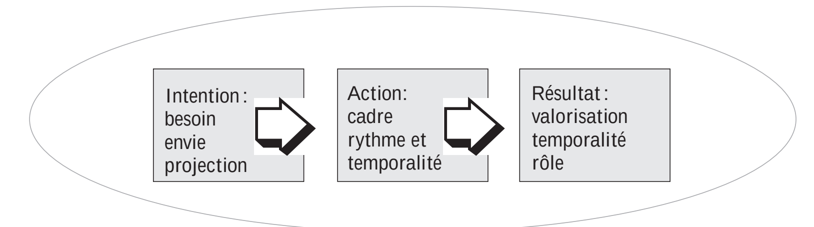


Aboutir au résultat est, enfin, un moyen d'aborder et d'élaborer la notion de deuil inéluctable et associée à toute entreprise thérapeutique. Le deuil ne marque pas seulement la fin d'un projet ou d'une relation mais il peut constituer un tremplin vers un autre niveau de fonctionnement plus confortable pour le patient.

L'INTENTION, L'ACTION ET LE RÉSULTAT

C'est de l'ensemble de la chaîne de l'activité dont il est question ici. Nous sommes dans le domaine des troubles cognitifs. Dans le cas de la figure 18, l'observateur thérapeute se trouve confronté à un fonctionnement marqué chez le patient par une absence d'articulation visible entre les maillons : intention, action, résultat. Ce fonctionnement n'évoque aucune logique apparente non plus pour le patient confronté à l'activité.

FIGURE 18 : LA CHAÎNE DE L'ACTIVITÉ UTILISÉE DANS SON ENSEMBLE.



Cependant le patient reste potentiellement « acteur », ne serait-ce qu'au stade débutant de sa maladie. Des besoins de base et de survie demeurent présents. Des besoins impliquant l'agir, toujours dans l'optique précédente, restent valables. Le résultat, de par ses effets valorisants donc affectifs, est, par moments, le seul lien qui nous reste avec lui.

Nous nous trouvons, dans ce cas de figure, dans l'obligation d'intervenir à tous les stades de la chaîne afin de recréer une logique, un lien de causalité entre les différents moments de l'activité.

Précisons que la schématisation de l'activité telle qu'elle est proposée ici ne représente pas un levier suffisant pour entrer en matière avec le patient, encore faut-il intégrer l'articulation avec les paramètres et attitudes de prise en soins évoquées plus haut.

Le but de l'ergothérapie est de lutter contre les effets de la maladie ou du handicap et de promouvoir le maintien et l'amélioration des capacités d'action du patient dans ses activités de la vie quotidienne, ses activités productives ou ses activités de loisirs. L'évaluation des capacités du patient est le point de départ de toute intervention, elle permet d'avoir un aperçu de ses compétences dans les différentes situations d'activités évoquées. Au SUPAA (Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé), pour donner un exemple concret, l'ergothérapie se pratique sur deux sites, l'un est hospitalier, l'autre est extra-hospitalier, dans les unités thérapeutiques de jour. Dans un cas comme dans l'autre, cette discipline est résolument orientée vers la réadaptation et la recherche d'une adéquation entre les capacités d'action dont dispose le patient et son contexte de vie. Par ailleurs, l'activité est utilisée en ergothérapie comme objet intermédiaire à la relation à visée structurante et sécurisante notamment chez les patients souffrant de troubles psychoaffectifs et/ou pour atteindre un savoir-faire chez les patients souffrant de troubles cognitifs.

Dans sa définition du dysfonctionnement psychosocial, Mosey (1986) énumère des défaillances de capacité dans un ou plusieurs des domaines énumérés ci-dessous :

- La capacité de planifier et d'entreprendre une tâche.
- La capacité d'interagir confortablement avec un groupe.
- La capacité d'identifier et de satisfaire ses besoins.
- La capacité d'exprimer ses émotions d'une manière acceptable.
- La capacité à avoir une perception plus ou moins exacte de soi, de l'environnement humain ou matériel et sa propre relation à l'environnement.
- La capacité à avoir un système de valeur qui permet à l'individu de satisfaire ses besoins sans enfreindre les droits des autres.
- La capacité à assumer les activités de la vie quotidienne.
- La capacité d'assumer un emploi plus ou moins satisfaisant.
- La capacité à éprouver du plaisir à apprendre et à avoir des activités de loisir.
- La capacité d'interagir confortablement dans les relations familiales et d'amitié.

Cette liste, hormis la capacité d'assumer une activité professionnelle, résume les facteurs de souffrance auxquels sont exposés les usagers de la psychiatrie de l'âge avancé. Elle présente également le double avantage de répertorier les capacités qui relèvent, d'une part, du fonctionnement psychoaffectif et, d'autre part, celles qui relèvent du fonctionnement cognitif. De plus, elle nous permet de cerner le champ d'intervention de l'ergothérapie dans le domaine qui nous préoccupe. Dans cette liste, enfin, nous trouvons, quasiment, toutes les indications qui ont poussé l'ergothérapie à une prise de conscience en matière de réhabilitation préfigurant un changement en ce qui concerne les prestations thérapeutiques orientées vers la communauté.

L'ORIENTATION COMMUNAUTAIRE DE L'ERGOTHÉRAPIE EN PSYCHIATRIE DE L'ÂGE AVANCÉ

Historiquement, cette pratique coïncide avec la réflexion entreprise vers la fin des années 80 autour du bénéfice du maintien des patients âgés

dans leur milieu. Démarche qui, sur le plan de la santé publique, s'est traduite par la création, entre autres, du réseau des centres médico-sociaux (CMS). Dans cette mouvance, les ergothérapeutes du SUPG (Service universitaire de psychogériatrie), ancienne appellation du SUPAA, se sont interrogés sur la portée de leur travail et leur contribution effective au projet d'avenir du patient à sa sortie de l'hôpital. La réponse était toute tracée : il fallait tenter le décloisonnement de leur pratique, fortement confinée au local d'ergothérapie, et agir directement sur « le terrain de vie » du patient, dépassant ainsi la réhabilitation médiatisée. Pour mémoire, la pratique, à la fin des années 70 et au début des années 80, était marquée par un effort d'élaboration théorique centré sur les personnes atteintes de démence ou de maladies de type Alzheimer. Ces travaux, essentiellement conduits à l'Hôpital psychogériatrique de Prilly[28], ont certainement donné une assise méthodologique à l'ergothérapie, mais ils ont failli enfermer celle-ci dans une tour d'ivoire. De plus, une part importante de la clientèle du service – les patients souffrant de pathologies psychoaffectives – s'est trouvée reléguée au deuxième rang. Il a donc été décidé de s'approcher le plus possible de « l'après-hospitalisation » et de raccourcir le plus possible les actions intermédiaires, réduisant ainsi l'hôpital à une coupure temporaire dans un continuum.

Ce changement d'orientation a permis d'évaluer, à juste titre, la portée de notre discipline sur la vie quotidienne du patient. Il n'est pas superflu de rappeler, dans ce contexte, qu'une de nos missions, après tout, est de réhabiliter !

Deux autres constats fournissent une explication quant à ce choix d'orientation de la pratique : le premier se rapporte au recensement du nombre de décompensations observées parmi les patients par perte de repères, suite à des modifications ou des changements de leurs lieux de vie ; mais encore les difficultés d'adaptation, propres à la clientèle psychogériatrique, en général, et la population souffrant de démence sénile en particulier. Le deuxième constat est d'ordre organisationnel et conjoncturel. Il est relatif au rapport habituel entre le nombre d'ergothérapeutes, généralement bas, et le nombre de patients dans une institution. En effet,

28 Section hospitalière du Service universitaire de psychogériatrie (SUPG), actuellement Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SPAA).

comment résoudre le dilemme de la définition des priorités des prises en soins si ce n'est qu'en privilégiant les patients se trouvant dans une phase plus délicate que les autres, d'où une concentration des ressources sur les patients en passe de réintégrer leur domicile et dont la sortie de l'hôpital est imminente.

Cette réorientation pose néanmoins des problèmes. Le premier est d'ordre temporel. Alors qu'au début nous pouvions nous accorder le temps nécessaire à ce type de prise en soins allant même jusqu'à une année, à l'heure actuelle, tout ce qui prolonge la durée d'un séjour hospitalier est considéré, par les « gestionnaires de la santé », comme générateur de coûts supplémentaires susceptibles de charger davantage un secteur déjà largement déficitaire. Nous nous trouvons donc confrontés à une question de coût et de durée de séjour qu'il ne nous appartient pas de débattre ici mais à laquelle il faut être attentif. Cette situation, soit dit en passant, a eu pour conséquence de fixer des limites à la durée des interventions, ce qui, tout compte fait, représente un avantage du moment que celles-ci se trouvent mieux structurées. Dans le même ordre d'idée, une règle clairement énoncée veut que nous nous limitions à répondre au mandat qui nous est confié, et seulement à ce mandat. Malgré la légitimité du propos, il n'en demeure pas moins qu'il contient un paradoxe. En effet, en nous confiant un patient, le médecin praticien ou l'autorité avouent leurs limites et nous considèrent comme spécialistes, mais en même temps le message sous-jacent est une injonction : « Faites ce que nous vous demandons et rien de plus… » Or, l'observation du patient en clinique, dans un cadre sécurisant, nous révèle souvent chez lui des capacités d'action qui peuvent s'exprimer voire se développer davantage si nous leur en donnons la possibilité. Nous sommes donc, pour ainsi dire tentés, par moments, d'outrepasser les limites de notre mandat. Cette parenthèse met en évidence la nécessité de sortir l'ergothérapie de son confinement, l'obligeant à une plus grande implication dans la démarche globale de la prise en soins. Nous ne pouvons plus nous contenter d'émettre des jugements dits d'expert qui se formulent en termes de « il se peut que… ». Nous sommes obligés de fournir les preuves que nos observations et traitements intra-hospitaliers sont vérifiables et portent à conséquence à l'extérieur de l'hôpital également.



LA RÉALITÉ DU TERRAIN ET LA DYNAMIQUE TRANSITIONNELLE

Dès le moment où nous transposons une partie de notre travail avec le patient à l'extérieur du cadre hospitalier, nous nous trouvons confrontés à une quantité d'impondérables dont nous ne citerons que quelques exemples:

- Le rejet ou l'épuisement de l'entourage immédiat et sa non-adhésion au projet.
- L'absence de réseau d'aide ou son hostilité à poursuivre la prise en soins.
- Le rythme en décalage avec les capacités de la personne âgée.
- La dépendance induite par un entourage qui se substitue au patient.
- Le contexte matériel ou architectural devenant inadéquat.
- Le « design exclusif » à une couche d'âge de la population.
- Le décès du conjoint ou de la personne clé dans la situation.
- Les problèmes inhérents à la pathologie.

Mais le travail sur le terrain peut être également encourageant dans la mesure où le patient peut montrer d'autres ressources et une meilleure adéquation avec un milieu qui lui est familier. Ainsi l'ergothérapeute aura le privilège d'être le témoin d'une expression de capacités jusque-là insoupçonnées. La pratique nous montre que la confrontation à leur lieu de vie peut aussi susciter chez les patients toutes sortes d'inquiétudes et de désespoirs dus à un vécu problématique avant l'hospitalisation. La dynamique transitionnelle se résume en l'alternance entre une confrontation du patient à un terrain (son domicile), dans lequel il s'est trouvé en inadéquation et un terrain plus sécurisant (l'hôpital). Alors que la confrontation au domicile est l'affaire de l'ergothérapeute, le travail de sécurisation implique l'équipe multidisciplinaire dans son ensemble, celle-ci va soutenir le patient et lui permettre d'exprimer ses affects, constituant ainsi un tremplin pour la suite de la prise en soins et la poursuite de la confrontation susmentionnée.

STRUCTURE (TYPE) D'UNE PRISE EN SOINS ORIENTÉE VERS LE RETOUR À DOMICILE

Le mandat d'une prise en soins en ergothérapie est généralement formulé dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire ou fait suite à un entretien réunissant le patient, sa famille et le réseau d'aide professionnel intra et extra-hospitalier. D'une manière générale, les étapes ci-dessous doivent impérativement être observées:

– La constitution d'un corpus de connaissances sur le patient (évaluation formative), examen du dossier (biographie, antécédents pathologiques, contexte de vie).
– Prise de contact avec le ou la patient·e et explication de la démarche.
– Estimation de la nécessité d'une évaluation intra-hospitalière.
– Élaboration d'un calendrier. Généralement, il s'agit de construire un programme de semaine en semaine, en fonction de la progression du patient. L'ensemble ne devant pas dépasser 4 semaines au maximum, mais nous visons généralement une échéance à 3 semaines au terme desquelles le patient doit pouvoir s'assumer confortablement pendant trois jours et deux nuits.

Déroulement pratique

Semaine 1 – (Évaluation)

Évaluation in situ de la faisabilité d'un retour à domicile, une à trois visites. Cette évaluation est orientée par un guide d'évaluation[29] à domicile qui constitue un fil conducteur d'observation qui permet à l'ergothérapeute d'avoir un regard pertinent sur les différentes étapes de l'opération, et ce depuis le départ de l'hôpital jusqu'au domicile du patient et jusqu'à son retour. Soulignons au passage que ce guide incite à se poser des questions et à développer des réponses, il n'est pas construit sur un modèle du tout ou rien. À titre d'exemple, il sera question de chercher les indices qui nous renseignent sur le fait de savoir si le patient a retenu l'heure du rendez-vous (orientation dans le temps); à savoir, par le biais de questions ouvertes, à partir de quelle distance de son adresse il est capable de nous donner des

29 Il s'agit d'un guide d'évaluation «ouvert» permettant une description des conduites du patient, élaboré au SUPAA, et non d'une grille d'évaluation comportant une cotation chiffrée.

indications quant à la localisation de son domicile (orientation dans l'espace). Comment le patient se comporte-t-il en arrivant à son domicile? Quels sont les indices affichés pouvant renseigner sur son système de valeurs, ses intérêts? Montre-t-il du plaisir à être chez lui? Exprime-t-il des inquiétudes, une angoisse? Y a-t-il des aspects surinvestis? Pour autant que ce soit possible, en fonction des circonstances, quels sont ses rapports avec ses voisins?

Cette première évaluation ne serait pas complète si elle ne permettait pas de mettre en évidence les difficultés éventuelles à traiter, telles l'éloignement des services, l'isolement, les barrières architecturales et tout aspect pouvant constituer un danger. De même, il est d'une importance capitale de mettre en place un cadre d'observation mettant en évidence les ressources du patient et ses capacités à gérer les difficultés.

Semaine 2 – (Programme de transition)

À partir du moment où l'évaluation du cadre de vie du patient a montré des indices positifs, un programme de retour progressif à domicile sera mis en place, visant une transition qui tiendra compte de ses capacités à reprendre en mains des activités de la vie quotidienne. Se basant sur ses observations, l'ergothérapeute négociera avec le patient la mise en place d'un certain nombre d'activités dont l'objectif est de renouer avec ses habitudes d'avant la crise et l'hospitalisation, il veillera à ce que celles-ci se déroulent dans un maximum de sécurité. Alternance de présences et d'absences auprès du patient, ce dernier étant invité à demeurer de plus en plus longtemps chez lui.

Semaines 3 et 4 – (Programme de transition, suite)

L'ergothérapeute prend plus de distance, laissant plus d'initiative au patient qui commence à passer des nuits chez lui, d'abord une nuit et deux jours, à deux reprises, puis deux nuits consécutives et trois jours. Durant ces essais, le dispositif d'aide dont bénéficiera le patient par la suite sera déjà introduit afin d'évaluer sa pertinence et son efficacité.

Cette pratique de transition implique la réunion d'un certain nombre de conditions pour assurer son succès; parmi celles-ci:

– Une bonne coordination entre l'ergothérapeute et l'équipe multidisciplinaire qui assure le cadre et le soutien au patient après chacune des étapes de la transition.

– L'existence de structures intermédiaires (hôpitaux de jour, CMS, UAT) capables de prendre le relais.
– L'accord du conjoint, du réseau familial ou des proches du patient sur le simple fait qu'un retour du patient à son domicile doit être tenté. Ceux-ci doivent, de plus, être soutenus, par la suite, et dans la mesure du possible, afin de ne pas être précipités dans l'épuisement.
– Qu'un minimum de conditions environnementales, en termes de proximité et d'accessibilité aux services, soit favorable et assuré.

Comme dans toute entreprise de réinsertion, il est des limites auxquelles nous nous heurtons, à savoir la limite du temps qui nous est imparti pour mener à terme le programme de transition, compte tenu des exigences en rapport avec la durée de l'hospitalisation, les facteurs exogènes et les impondérables. La question nous est souvent posée quant à la nécessité de cette démarche et son influence positive sur, entre autres, la prédictibilité quant à la durée du séjour à domicile des patients ayant bénéficié de ces programmes. Or c'est un fait, aucune recherche longitudinale n'a été entreprise à ce jour pour démontrer l'influence de cette démarche sur la prolongation de la durée de vie à domicile et réciproquement. Mais est-ce là un vrai problème ? Nous sommes tentés de répondre que nous sommes dans le domaine de l'évidence et affirmons que certaines démarches doivent être obligatoirement tentées au cours du séjour hospitalier, ne serait-ce que pour viser la sécurité et la qualité de vie des patients. Nos interventions s'adressent à une population à risque, nous sommes donc dans une optique de « gestion », de gestion d'une tranche de la population qui aura, à partir d'un certain moment, recours épisodiquement à l'hospitalisation pour une « remise à flot ». Ajoutons que cette démarche peut, finalement, inciter le patient à changer d'orientation quant à son avenir mais il l'aura fait, à ce moment, en tant que sujet et non en tant qu'objet. Ceci nous conduit tout naturellement à l'autre volet de ce type de prise en soins et qui consiste à accompagner le patient dans une autre optique que celle d'un retour progressif à domicile, mais à entamer un processus de distanciation consciente d'un domicile qui ne représente plus le minimum de confort, de sécurité et manque d'entourage aidant. En d'autres termes, aider le patient à commencer un travail de deuil lui permettant de réorienter son projet d'avenir.



VIGNETTE N° 1

Mme H. est une patiente dans la septantaine, admise d'office dans le service pour état confusionnel, troubles mnésiques et désorientation temporo-spatiale.

Le conjoint de la patiente est décédé trois mois avant l'hospitalisation de celle-ci, suite à une maladie qui a duré longtemps, obligeant son épouse à le soigner à domicile.

Mme H. se plaint de fatigue, « d'un moral qui va moins bien », ainsi que d'une diminution de l'appétit.

À l'admission, la patiente est effectivement désorientée dans le temps, pleure, présente une thymie triste et se montre angoissée. Son discours est désorganisé et elle présente des signes de troubles mnésiques.
Aucun signe de la lignée psychotique n'a été mis en évidence.

Diagnostic :

État confusionnel
Dépendance médicamenteuse
Probable état anxio-dépressif
Mauvaise compliance[30] médicamenteuse
Dysthymie versus état dépressif
Suspicion de troubles cognitifs.

Du point de vue socio-contextuel, cette patiente a déménagé, quelques semaines avant son hospitalisation, dans un appartement d'une dimension plus petite que celui qu'elle occupait auparavant.
Au début de l'hospitalisation, la patiente a eu l'occasion d'effectuer des aller et retour entre l'hôpital et son nouveau domicile, passant ainsi des moments limités et informels chez elle, accompagnée d'un membre de sa famille. Or, il a été constaté systématiquement qu'à chaque retour elle montre des signes infra-verbaux de tristesse se contredisant avec un discours positif. De plus, la patiente ne manifeste aucune velléité à quitter l'hôpital.

Mandat ergothérapeutique :

Compte tenu des observations ci-dessus, une évaluation à domicile est décidée pour déterminer les facteurs déclenchant la tristesse de la patiente, observer une éventuelle atteinte cognitive au travers de l'exercice des tâches de la vie quotidienne, déterminer la faisabilité d'un retour à domicile et, le cas échéant, mettre en place un programme de transition.

Déroulement de la prise en soins :

Une discussion avec la patiente et une première évaluation au nouveau domicile de celle-ci nous permettent de constater, assez rapidement, son attachement à son ancien appartement quitté pour des raisons économiques. Cette séparation d'un lieu de vie sécurisant associé à la mémoire de son mari, dont le deuil n'est pas encore achevé, constitue vraisemblablement l'état dépressif de cette patiente.

Nous observons parallèlement que Mme H. n'a pas investi son nouvel appartement et remet systématiquement à plus tard le déballage des cartons contenant ses effets .
Nous formulons l'hypothèse que cette conduite passive, figée dans le temps, dénuée de toute expression de plaisir, ne peut que confirmer un état dépressif.

---

30 Terme courant dans le milieu hospitalier suisse, désignant la prise de médicament correcte en respectant la prescription médicale. En France, le terme équivalent est « observance médicamenteuse ».

Cette première évaluation nous fait prendre la décision de poursuivre le processus de retour progressif à domicile, moyennant la mise en place d'un programme de transition respectant le premier et le deuxième maillon de la chaîne de l'activité (l'envie et l'action) et le temps qui nous est généralement imparti dans ce type de prise en soins, à savoir quatre semaines environ :

– Admettre que le deuil relatif à la situation antérieure de la patiente n'est pas encore achevé.
– Démontrer pratiquement les avantages de la situation du nouveau domicile.
– Entraîner Mme H., en l'accompagnant, à utiliser les différents services du quartier (projection dans l'avenir).

Devant la lourdeur du déballage des effets de la patiente, potentialisée par son état dépressif, lui mettre en place un programme permettant de circonscrire les différentes étapes du travail à effectuer d'une fois à l'autre, de dompter son sentiment d'incapacité à agir et lui permettre de constater un avancement (lutter contre l'immobilité et atteinte du troisième maillon de la chaîne d'activité : le résultat).

Alterner les actions constituant, malgré tout, une contrainte avec des moments représentant un plaisir pour la patiente ; l'inciter à inviter une connaissance, par exemple (renouer avec la notion de plaisir).

Évaluation intermédiaire :

L'adéquation des conduites de la patiente dans un milieu-extra hospitalier (son nouvel appartement) nous a permis d'exclure l'hypothèse de l'atteinte cognitive.

Malgré un changement d'attitude positif face aux différentes activités de la vie quotidienne (plus d'entrain, initiatives), Mme H. conserve à chaque retour de son nouvel appartement une attitude triste qui nous a incité à renforcer les entretiens de soutien psychothérapeutiques offerts par le médecin et l'équipe infirmière.

Suite et fin de la prise en soins :

La collaboration entre les membres de l'équipe soignante et l'augmentation progressive des séjours au domicile de la patiente allant jusqu'à trois jours et deux nuits consécutives ; l'introduction d'un essai à l'hôpital de jour, en vue d'une éventuelle inscription post-hospitalière à celui-ci, ont permis à la patiente de visualiser son avenir chez elle. Une date de sortie a pu être articulée pour la première fois, date qui a dû être exceptionnellement repoussée de quelques jours pour permettre une organisation optimale du retour définitif à domicile.

VIGNETTE N° 2

Mme L. est une patiente admise volontairement suite à une négociation entre elle, un service de réhabilitation physique, la justice de paix et notre service de liaison, la patiente devant être presque hospitalisée à des fins d'assistance. En effet, elle a été trouvée dans son appartement couchée sur le sol, dénutrie, raison pour laquelle elle a été admise, dans un premier temps, dans un service somatique pour subir des examens d'ordre gastrique avant d'aboutir au service de psychiatrie de l'âge avancé. Les examens n'ont pas révélé d'atteinte somatique.

À l'admission, Mme L. déclare être en bonne santé et qu'elle n'a jamais été malade. Ses visites chez son médecin traitant étaient limitées à des consultations pour des affections banales.

La reconstitution de la biographie de cette patiente nous montre les limites de ses capacités mnésiques. Nous apprenons néanmoins qu'elle vit actuellement seule, depuis le décès de son dernier compagnon il y a onze ans environ. Elle serait entourée de nombreux amis de quartier. La patiente semble décrire une existence dépourvue de tout problème dans un appartement agréable.

Le discours des voisins, qui ont pris en main la situation de Mme L. depuis son incident, est plus nuancé. Celle-ci vivrait dans un appartement insalubre, complètement isolée, se nourrissant mal.



Après une période d'observation et après avoir entrepris divers examens psychologiques, les problèmes de cette patiente sont attribués à des troubles mnésiques, gnosiques[31] et praxiques[32].

Hypothèse de crise et problèmes :
Les troubles gnosiques, praxiques et mnésiques semblent présenter une évolution de la maladie d'Alzheimer avec probablement des symptômes psychotiques, d'où l'origine d'une dénutrition majeure. La crise serait le résultat d'une péjoration plus importante de la maladie démentielle nécessitant des examens complémentaires.

Diagnostic différentiel :
Probable démence de type Alzheimer avec éléments psychotiques
Malnutrition majeure
Hypovitaminose B12.

Mandat ergothérapeutique :
Évaluation des capacités de la patiente à assumer les activités et les tâches de la vie quotidienne en vue d'un éventuel retour à domicile.

Déroulement de la prise en soins :
Mme L. éprouve des difficultés à comprendre la prise en soins en ergothérapie et une certaine méfiance surtout à l'égard des activités et des exercices destinés à évaluer ses capacités concernant les diverses tâches simulées de la vie quotidienne. Elle n'arrive également pas à se représenter l'évolution de cette démarche qui pourrait nous conduire à une évaluation à son domicile.

Nous décidons de viser l'établissement d'une relation de confiance, afin de passer rapidement de la simulation à l'évaluation à domicile. Au bout de quelques séances, le but a été atteint et un premier rendez-vous est pris pour nous rendre au domicile de Mme L.

Le trajet jusqu'à l'appartement de la patiente nous a permis de constater une orientation dans l'espace limitée à un périmètre comprenant son immeuble, le magasin d'alimentation se trouvant à environ 50 mètres de son immeuble, du restaurant et du coiffeur du quartier.

La description faite du lieu de vie de la patiente par ses voisins correspond à la réalité, mais cela ne semble pas lui constituer un problème. Mme L. manifeste un attachement à chaque détail dans son appartement, donnant l'impression d'avoir la situation en main. En réalité, cette évaluation montre que la patiente fonctionne sur un mode stéréotypé et répétitif qui a diminué d'une manière proportionnelle à l'augmentation d'un sentiment d'insécurité face à une situation difficilement maîtrisable. Cela s'est traduit par un enfermement plus marqué induisant une dénutrition pour aboutir à une hospitalisation. Cette situation est l'illustration même de rupture d'équilibre observée chez des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs débutants. En effet, Mme L. a réussi à conserver ses habitudes jusqu'au jour où la gérance de son immeuble a décidé d'entreprendre des travaux de réfection en profondeur du complexe dans lequel elle habite et qui comprend quatre immeubles. Les difficultés cognitives de cette patiente lui rendent impossible la compréhension du va-et-vient des ouvriers qui arpentent les échafaudages devant ses fenêtres, les bruits des marteaux piqueurs, l'impossibilité d'accéder à l'immeuble par les entrées habituelles, l'obligation de vider les caves et de déménager dans un autre appartement pendant la durée des travaux.

31 Capacité de reconnaître et d'identifier les objets à travers ses sens.
32 La praxie est la capacité normale à coordonner des mouvements vers un but proposé.

Nous constatons qu'en dehors des difficultés liées à la situation particulière du domicile de M[me] L., un fonctionnement basé sur une certaine routine, dans une atmosphère plus calme, est compatible avec un projet de retour à domicile. Nous décidons, à cet effet, d'assister cette patiente à continuer à vivre dans son quartier et de l'accompagner dans les divers changements qu'elle aura à vivre pendant les semaines à venir.

Le mot clé qui a marqué cette prise en soins est « l'apprentissage », impliquant l'ensemble de la chaîne d'activité. En effet, à chaque étape que M[me] L. doit assumer (déménagement dans un appartement de substitution et retour à son appartement d'origine), elle fait face aux « choses de la vie moderne ». Ainsi, elle a dû s'accommoder des ouvertures de la porte de l'immeuble au moyen d'un code numérique, à utiliser un ascenseur pourvu d'une mémoire, à manipuler des serrures de sécurité, à faire usage de plaques en vitrocéramique, à faire usage d'un lave-vaisselle, à utiliser une salle de bains équipée de mitigeurs à levier, etc.

Nous avons constaté combien ces changements sont nombreux, compte tenu du vécu antérieur de la patiente. Mais nous avons également constaté chez elle des capacités d'adaptation lui permettant de surmonter l'ensemble de ces difficultés, à condition que nous respections un certain nombre de règles dont : le cadre sécurisant, la circonscription de l'activité, le principe de pause et le respect des étapes structurelles de l'activité, la sécurité induite par la réversibilité possible de la tâche.

Évaluation :

La description de tous les détails de cette prise en soins serait fastidieuse. Relevons que l'accompagnement par un apprentissage sur le terrain et le soutien sécurisant de cette patiente ont permis sa réintégration de façon définitive à son domicile. Le suivi à l'hôpital de jour qui a été mis en place par la suite a même été interrompu, la patiente ayant repris ses habitudes fonctionnelles antérieures.

CONCLUSION

Longtemps confinée dans des activités limitées et comme le parent pauvre des autres domaines, l'ergothérapie en psychiatrie de l'âge avancé constitue de nos jours un tremplin de choix permettant un recentrage des problèmes des personnes âgées souffrant d'affections psychiatriques. Par ses interventions plus marquées dans la communauté, elle constitue, avec les autres acteurs de la santé, une ressource de choix pour faire face aux problèmes d'une frange de la population en augmentation constante. Elle a une double mission, celle de réadapter et celle de démontrer ; démontrer, de par son action sur l'environnement, l'activité et l'individu atteint dans sa santé mentale, les ressources de ce dernier, lui restituant ainsi le droit, tout comme ses semblables, de se projeter dans l'avenir.

L'ergothérapie en psychiatrie de l'âge avancé doit continuer à affiner ses outils d'évaluation, à cibler ses arguments et à les intégrer dans sa pratique quotidienne. C'est seulement à ce prix qu'elle pourra faire face aux défis des prochaines décennies et aux problèmes de santé publique qui planent sur notre société.

BIBLIOGRAPHIE

FAVRE, M., HERREN, M., BETTENMANN, R., CHARBON, S. (1982). L'ACTIVITÉ, PIVOT DE L'INTERVENTION ERGOTHÉRAPEUTIQUE. Lausanne : École d'Études sociales et pédagogiques, École d'ergothérapie.

GIANNAKOPOULOS, P., GAILLARD, M. (2004). INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES DU CANTON DE VAUD, RAPPORT 2004. Lausanne : Commission cantonale de coordination psychiatrique.

HÖPFLINGER, F., HUGENTOBLER, V. (2003). LES BESOINS EN SOINS DES PERSONNES ÂGÉES EN SUISSE. Berne : Verlag Hans Huber.

MOLES, A., ROHMER, E. (1977). THÉORIE DES ACTES : VERS UNE ÉCOLOGIE DES ACTIONS, Tournai : Casterman.

MOSEY, A.-C. (1986). ACTIVITIES THERAPY. New York : Raven Press, Publishers.

RUFINI, J., GAILLARD, M. (1996). PRATIQUE PSYCHOGÉRIATRIQUE. LA GENÈSE D'UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE. Paris : L'Harmattan.

WERTHEIMER, J. (1994). PSYCHOTHÉRAPIE DES DÉMENCES : MYTHE OU RÉALITÉ ? Genève : Psychologie Médicale.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). REDUCING STIGMA AND DISCRIMINATION AGAINST OLDER PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS, A Technical Consensus Statement. Geneva : WHO-OMS.

CHAPITRE VIII

ERGOTHÉRAPIE AMBULATOIRE

JULIE CHAPPELL

Le Service d'ergothérapie ambulatoire (SEA) est une association créée en 1993 suite au choix de la population de promouvoir les soins à domicile et la tendance de la psychiatrie genevoise à favoriser les sorties rapides des patients de l'hôpital psychiatrique. Il existait à cette époque une lacune à Genève en ce qui concernait l'aide aux personnes en difficulté psychique, notamment au niveau de la réhabilitation. Il s'agissait de penser le traitement dans le cadre de vie des personnes ou dans des lieux intégrés à la communauté. Ce service d'ergothérapie s'est créé comme une passerelle entre les lieux protégés et les lieux ouverts à la population, qu'il s'agisse des lieux offerts par la collectivité, des lieux de proximité, tels que le quartier par exemple, la rue, ou encore le domicile de la personne. Cette démarche s'est bien entendu toujours faite en collaboration avec les soins médicaux.

Le SEA s'inscrit dans la perspective de l'ergothérapie «communautaire». Celle-ci se situe au niveau du contexte de pratique. L'ergothérapeute intervient auprès de personnes qui vivent au sein de la communauté. Son but est de les aider, au travers de l'activité menée et des liens de solidarité et de tolérance, à trouver un meilleur équilibre psychique et de santé mentale. L'ergothérapeute est mobile et intervient là où la personne est directement confrontée à ses difficultés de fonctionnement. Ce qui nous

paraît essentiel, c'est d'intervenir avec notre propre cadre de traitement chez le patient tout en tenant compte du cadre de vie de celui-ci. L'articulation entre ces deux cadres constitue un des axes du processus thérapeutique. L'activité se trouve au centre de ce processus. Choisie par le patient, la médiation est porteuse de sens dans la réalisation de son projet initial ou d'un projet plus élaboré. Bien entendu, c'est au travers de la relation thérapeutique que la démarche de l'ergothérapie communautaire propose une référence et un terrain d'expérimentation, tout en valorisant les ressources de la personne.

Dans une perspective générale, l'ergothérapie est basée sur le principe qu'agir est un besoin fondamental de l'homme et que l'action possède des effets thérapeutiques. Son but principal est de permettre à la personne d'acquérir une certaine autonomie afin d'effectuer avec plus d'aisance les actes de la vie quotidienne. Ceci passe par l'amélioration de ses capacités ou par l'adaptation de l'environnement en fonction de son handicap. Le patient est acteur de son processus thérapeutique.

L'ergothérapie en psychiatrie est prescrite pour les personnes qui sont affectées dans leurs capacités d'action ou dans leurs habiletés relationnelles et sociales. L'origine de ces troubles psychiques peut être de différents ordres: perturbation du développement psychoaffectif, circonstances sociales extérieures déficientes ou traumatisantes et ou maladie organique.

LE SERVICE D'ERGOTHÉRAPIE AMBULATOIRE (SEA)

Le centre d'ergothérapie du SEA se trouve au centre de la ville de Genève. C'est un local de plain-pied, situé dans une cour intérieure qui permet un accès facile vers l'extérieur.

À l'intérieur, une grande salle permet le déroulement de quelques activités en individuel ou en groupe, telles que la peinture et la couture. Les réunions d'équipe ont lieu dans cet espace deux fois par semaine. D'autre part, une mezzanine vitrée forme un petit salon offrant un lieu tranquille pour les premiers entretiens ou les bilans réguliers des traitements en cours.

La plupart des traitements ont lieu à l'extérieur du centre et sont en rapport avec la problématique ou le projet du patient. Souvent, le traitement se déroule au domicile de la personne ou dans un des lieux publics



tels que piscine, centre sportif, maison de quartier… Ces différentes possibilités permettent de rendre plus accessibles ces lieux aux personnes en difficulté psychique. Ceci représente une étape importante de soutien de leur intégration.

Notre service est orienté vers des gens « plus tout à fait comme les autres ». Un jour, ils ont perdu pied… La perte de la santé mentale nous effraie tous. Quant à notre société, elle est peu encline à accueillir celui ou celle qui se trouve en déséquilibre dans l'isolement et la souffrance. Les personnes en traitement sont souvent confrontées à une rupture familiale, sociale, et elles vivent dans une situation financière précaire.

Au moment de la rencontre, les demandes accessibles, claires et ponctuelles sont rarement formulées ; le plus souvent, nous nous aventurons dans des situations floues et complexes. La demande est donc difficile à cerner et elle peut être multiple. D'autre part, nous devons toujours tenir compte que la peur du changement s'ajoute à l'état déjà perturbé du patient.

La durée et les objectifs du traitement dépendent de la nature de l'atteinte psychique et des ressources personnelles du patient. Nous tenons compte aussi de l'environnement familial ou social de la personne. La plupart du temps, nous rencontrons des personnes qui ont souvent en commun le sentiment d'une insécurité face à la vie, d'une mauvaise estime de soi suite à des échecs successifs et à des angoisses perpétuelles.

Un changement de cadre de vie, une rencontre, l'émergence d'un nouvel intérêt ou l'investissement d'une activité avec d'autres personnes, ainsi que la découverte de ses propres ressources grâce à l'activité ou la médiation, sont autant de révélations. Ces différentes étapes permettent parfois à la personne d'investir de nouvelles ouvertures, ce qui lui permet d'espérer un avenir meilleur.

LES PRINCIPAUX AXES DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE AMBULATOIRE

Notre style d'ergothérapie trouve ses références dans des modèles tels que l'approche biopsychosociale, psychodynamique, systémique ou cognitive et comportementale. L'indication médicale et le contexte de la problématique déterminent les principes de l'intervention sur lesquels notre

traitement prend appui. Cependant, nous pouvons souligner certains axes principaux :

- Le *projet* d'activités représente l'axe principal de notre démarche thérapeutique. L'essentiel consiste à ce que l'activité choisie par le patient soit porteuse de sens pour lui. Si parfois un choix ne peut pas se faire dans l'immédiat, le fait de chercher ensemble permet une élaboration qui s'inscrit dans le processus thérapeutique.

LAURA

Laura, 48 ans, souffre de douleurs cervicales. Anciennement aide-soignante, elle est en demande d'AI depuis un an. Actuellement déprimée, elle n'a plus d'envies. C'est son psychiatre qui propose à Laura d'entreprendre des séances d'ergothérapie. Celle-ci, lors de notre entretien, nomme l'espoir de retrouver un peu d'énergie afin de se mobiliser davantage. Elle dit que ses douleurs s'améliorent. Elle est triste d'avoir dû arrêter son travail et reconnaît ne s'être jamais occupée d'elle-même jusqu'à ses problèmes actuels. Elle cherche une idée d'activité et se laisse porter par l'envie d'être avec d'autres personnes et son besoin de se détendre. Elle décide de participer au « Groupe Cressy ».

- Les *activités*, en individuel ou en groupe, font partie des prestations offertes au SEA. Le choix est proposé au patient. Il investit l'une ou l'autre des possibilités selon les objectifs du traitement. Les deux formules sont parfois combinées, ceci permet à la personne de s'enrichir d'une expérience partagée avec ses pairs et, en parallèle, de se confronter à sa situation dans une prise en soin individuelle.

MYRIAM

D'origine espagnole, Myriam vit seule et souffre de dépression suite au décès de ses parents. Femme travailleuse et responsable, employée à mi-temps, elle prend des somnifères afin de dormir dès qu'elle arrive chez elle, dans le but d'échapper à sa solitude qui l'angoisse beaucoup.

Myriam explique sa difficulté à se mobiliser chez elle, ce qui a pour résultat un laisser-aller tant au niveau de son hygiène personnelle, de sa nutrition et de son ménage, même rudimentaire.

Dans un premier temps, l'ergothérapeute se rend à domicile afin de l'accompagner dans l'entretien de son ménage. Elle cherche avec Myriam des stratégies pour améliorer la gestion de son angoisse, telles que la réalisation d'objectifs gradués. Rapidement, l'ergothérapeute lui propose de trouver un loisir à l'extérieur, ce qui était trop difficile au départ. Myriam a choisi de s'intégrer au groupe théâtre comme première étape.



LA DEMANDE DU PATIENT ET L'OFFRE DE PRESTATIONS

La double rencontre entre le désir, la motivation du patient et l'accueil que nous lui offrons est à la base de la relation thérapeutique. C'est-à-dire l'accepter là où il en est, est en soi-même thérapeutique. Il arrive malheureusement que cette rencontre soit comme annulée par le manque de motivation des deux parties face à la lourdeur de certaines situations. Par exemple, la solitude du personnel soignant face à la difficulté de son mandat, (car la collaboration avec les différentes équipes des soins médicaux est en elle-même problématique…) vient résonner avec la solitude vécue par la personne en difficulté. D'où l'importance de la supervision individuelle et d'équipe.

Le premier contact avec notre service est souvent pris par téléphone. C'est le médecin ou un autre professionnel qui dirige la personne vers notre association. Toute nouvelle prise en soin débute par un entretien, soit directement avec la personne, ou avec la personne accompagnée par un membre du réseau.

Lors de cet entretien, nous présentons dans un premier temps le SEA.
Puis l'ergothérapeute recueille les informations concernant la personne par des questions ouvertes. Par exemple: «En quoi l'ergothérapeute peut vous aider, en quoi est-ce un problème pour vous, qu'avez-vous déjà essayé, y a-t-il des moments où le problème n'est pas là ou est moins sévère?» (quand et comment?) Et encore d'autres questions qui nous aident à préciser la demande: «Pourquoi précisément maintenant, quelles difficultés rencontrez-vous, dans quel contexte, quelle situation?» Nous nous attardons aussi, lors de la première rencontre, sur les ressources de la personne, ses points forts et ses compétences à prendre en compte et à mettre en valeur. Nous demandons également quelles autres personnes les aident, à quel rythme et quand? Et finalement, concrètement, quel est leur projet d'activité, qu'est-ce qui devra être différent à la suite de ce traitement qui leur permettra de dire que ça en valait la peine?

Le but est de dégager et de nommer les difficultés et ressources du patient, de formuler des hypothèses concernant sa situation, d'entrevoir les objectifs généraux du traitement et enfin de mettre en place les premières démarches concrètes. Parfois, nous proposons deux rencontres afin d'échanger autour de ces questions et permettre à la personne d'avoir un temps de réflexion afin de préciser sa demande.

Nous évaluons l'adéquation des prestations du SEA en rapport avec la situation du patient. Ensuite de quoi nous établissons un contrat, précisant les éléments importants, telle qu'une estimation du temps de traitement nécessaire. Nous définissons avec la personne les modalités de la prise en soin, en individuel, en groupe ou en combinant les deux. Tous ces éléments sont modulables en cours du processus thérapeutique. Une trace de ce premier entretien est conservée dans un dossier personnalisé.

Les modalités de prise en soin s'établissent en accord avec le médecin sur prescription médicale. La personne en difficulté est souvent orientée vers notre service par d'autres professionnels, tels qu'assistants sociaux, infirmières ou psychologues. Nous nous réunissons régulièrement en équipe pluridisciplinaire en présence du patient afin de mener de façon cohérente les divers objectifs d'intervention.

Nous proposons un cadre qui permet les rencontres selon les objectifs posés. Le thérapeute se déplace vers le lieu où se déroulera l'activité. Le rythme et la durée des séances sont également adaptés dans la limite des conventions tarifaires, mais aussi dans les limites personnelles et professionnelles de chacun.

La majorité des personnes fréquentant notre service sont confrontées à des problèmes d'angoisse. Ce symptôme est souvent paralysant, provoquant une perte importante d'énergie et de moyens. La prise en compte des peurs et des projections liées à cette angoisse présente le fil rouge de nos interventions. Nous aidons le patient à identifier et à nommer ses peurs et à prendre du recul.

Souvent, un travail psychothérapeutique effectué en parallèle à notre démarche d'ergothérapie offre au patient la possibilité de revisiter son histoire.

Après une crise aiguë, résultat d'un manque de confiance en soi, de moyens ou de motivation pour entreprendre seule des activités ou pour explorer de nouvelles capacités personnelles, elle souhaite exercer ses capacités d'apprentissage ou encore remettre en valeur ses savoirs. Elle désire mieux s'organiser dans les activités de la vie quotidienne et dans son lieu de vie. Elle souffre d'isolement et souhaite apprendre ou pratiquer une activité spécifique en compagnie d'autres personnes, dans un cadre thérapeutique de groupe. Elle est désireuse de mieux s'intégrer dans la communauté et elle a besoin d'un soutien pour prendre



part à des activités du monde extérieur. Elle se sent souvent exclue du marché de l'emploi à cause de son handicap. Elle recherche une occupation pour remplacer l'activité professionnelle et pour structurer son temps libre.

PLANIFICATION DU TRAITEMENT

Nous pouvons nommer un certain nombre d'objectifs généraux qui sont souvent représentatifs des situations présentes au SEA, par exemple: le besoin d'acquérir la capacité de dire «je» à travers des situations où le patient prend position en tant que sujet et où il a un rôle d'acteur. De favoriser une plus grande autonomie tant sur le plan du comportement que sur le plan psychique. Que la personne en difficultés puisse identifier ses besoins et défendre ses intérêts. Qu'elle précise l'activité choisie et puisse se l'approprier. Tenter une nouvelle expérience ou retrouver un intérêt ancien et s'ancrer dans ses compétences afin de se donner les moyens de réussir une expérience positive dans un contexte bien adapté. Finalement de reconnaître et accepter les moments de crise, où ses capacités semblent diminuées. De faire le lien avec sa réaction défensive de retrait ou de stress afin de mieux gérer son émotion.

LE CONTRAT THÉRAPEUTIQUE

Des règles claires et des limites précises contribuent à assurer la sécurité (du patient et de l'ergothérapeute). Une réflexion autour de la notion du contrat thérapeutique s'est élaborée progressivement au fil des séances d'échanges et de discussions, au sein de l'équipe du SEA. Celui-ci est né suite à un questionnement plus spécifique concernant la fin des prises en soin et la volonté de réfléchir de manière plus ponctuelle autour de l'épuisement professionnel.

Tenir le contrat s'avère particulièrement difficile pour le patient lorsque la relation et la dimension affective qu'elle comporte prennent le dessus sur l'activité et le projet poursuivi. La durée des prises en soin se révèle souvent plus longue que prévu avec des projets qui se transforment au cours du temps. Les patients sont souvent en forte recherche de relation affective, car ils vivent fréquemment dans l'isolement et la solitude. Ces

situations provoquent le désir d'être comblé « pour toujours » et il s'avère souvent difficile d'élaborer une séparation. La fin du traitement fait alors écho à d'autres séparations du même type et entraîne un vécu difficile et un ressenti d'abandon.

La séparation doit donc être élaborée au fur et à mesure que la relation s'établit, c'est-à-dire dès le début du contrat. En effet, le transfert s'opère très vite et le thérapeute peut représenter alors une personne vécue comme toute-puissante : mère, amie, amante, etc., personne sur laquelle le patient s'appuie et qui lui permet de maintenir son équilibre. D'une part, ce soutien offre au patient la sécurité minimale pour aborder ses problèmes psychiques et éviter des hospitalisations à répétition, d'autre part, comme nous l'expliquions plus haut, cette relation qui devient intense par son exclusivité rend difficiles les fins de traitement.

Ainsi la dimension temporelle est évoquée comme un facteur essentiel à clarifier, dès le début de la prise en soin, en rendant l'intervention ponctuelle, en évitant de la chroniciser et en précisant avec le patient le temps qui lui semble nécessaire pour réaliser son projet. Ces éléments facilitent la fin du contrat et ainsi la séparation de la relation, lorsque le terme du traitement est délimité dès le début.

Cet outil de travail constitue une base sur laquelle le traitement est construit et au sein duquel les objectifs sont négociés et peuvent se transformer. Dans un processus de soin en milieu de réhabilitation, les ergothérapeutes suivent avec le patient son évolution en vue d'obtenir le meilleur équilibre possible.

Il s'agit ici de mettre en évidence quelques bénéfices escomptés par l'introduction d'un contrat.

Pour les ergothérapeutes, cette procédure permet d'éviter et de prévenir l'usure du thérapeute par des interventions ponctuelles et non chronicisées (poser des limites quant à l'engagement professionnel). Il s'agit aussi d'aider à gérer le domaine relationnel par l'introduction de paramètres temporels fixés par rapport au projet et aux objectifs, de clarifier la mission, « je vais vous accompagner en tant que professionnel afin que vous puissiez surmonter vos difficultés » et d'accompagner le patient dans un processus de responsabilisation. Il permet aussi de rompre le contrat s'il existe des obstacles majeurs et de dialoguer sur le contenu du processus thérapeutique et l'aménagement de nouveaux objectifs, si c'est possible.



Et comme nous l'avons d'écrit ci-dessus, la supervision individuelle et d'équipe reste l'outil le plus adéquat dans ce travail, afin de soutenir le professionnel qui se trouve rapidement impliqué dans la vie affective du patient.

Pour les patients, le contrat encourage la responsabilisation et la participation active de la personne, qui se sent reconnue malgré ses difficultés. Il la confronte à une certaine réalité, c'est-à-dire venir à ses rendez-vous ou prévenir en cas d'empêchement et être l'acteur principal dans le changement de sa situation. Le thérapeute en est l'accompagnant.

La notion de contrat n'est pas neutre et entraîne souvent des perceptions négatives car elle évoque une certaine rigidité, une contrainte ou une sorte de pression exercée par le thérapeute. Dans une structure comme la nôtre, une démarche de ce type apparaît pourtant nécessaire, tout en négociant des contrats adaptés à la situation.

LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

L'ergothérapeute est en mesure de favoriser la relation, non seulement par l'aide accordée à la personne en difficulté mais aussi en identifiant avec elle ses émotions et en l'amenant à nommer pas à pas ses besoins. La prise de conscience d'un besoin est à la base de la création, parce qu'elle est un moteur de la motivation qui pousse à l'action et à la liberté d'agir en intégrant du sens. C'est la capacité d'établir une relation avec soi et avec l'autre.

L'ergothérapeute a intérêt à être attentive à ne pas prendre en charge le patient en devenant son tuteur, son sauveur, retardant ainsi le cheminement de ce dernier vers une partie de son autonomie.

Touchée par les émotions ou les peurs que vit son patient, l'ergothérapeute peut se sentir impuissante. Cette impuissance peut provoquer de l'impatience, de l'intolérance, un sentiment d'insécurité et alimenter la peur de faire encore plus souffrir la personne concernée. Il est donc nécessaire d'identifier clairement ses propres émotions et son vécu, afin de ne pas trop risquer des projections néfastes. Il nous paraît essentiel d'établir une distinction entre son propre vécu et ses besoins et ceux du patient.

CATHERINE

Catherine est âgée de 31 ans. Elle est issue d'une famille allemande aisée, installée en Suisse. Après une scolarité brillante, Catherine a entamé une carrière sportive de haut niveau, qui s'est brusquement interrompue à la suite du décès d'un membre de la famille et d'une dégradation progressive des rapports familiaux.

Catherine raconte qu'elle a présenté divers troubles psychiques dès sa jeunesse. Elle se souvient d'une atmosphère familiale empreinte de violence. Elle est hospitalisée la première fois en 1997 en psychiatrie, puis quelques mois plus tard. Les causes de ses hospitalisations sont diverses : abus de substances avec désordre sur la voie publique, tentatives de suicide, dégradation de son état physique, ainsi que de l'état de son lieu de vie, etc. La rupture sociale et professionnelle est importante.

Lors de la dernière hospitalisation qui a duré huit mois, le SEA est contacté par l'équipe soignante pour mettre en place le projet de retour à domicile.

Trois objectifs généraux découlent de ce retour : le maintien à domicile, le réinvestissement du lieu de vie et la reprise des activités quotidiennes.

Le SEA intervient chez Catherine à un rythme de deux fois par semaine. Elle reprend progressivement en main la mise en ordre de son appartement, avec le soutien d'une aide familiale. Catherine est déterminée à ne pas retourner à l'hôpital. Elle investit fortement la relation avec quatre intervenants dont l'ergothérapeute. Une relation de confiance s'établit progressivement.

Durant les premiers mois, son humeur varie énormément et son état est imprévisible. Nous fixons une série d'objectifs à plus ou moins long terme.

À ce stade, Catherine présente des changements d'humeur continuels et tente de modifier complètement toute activité prévue au dernier moment.

Elle minimise ses revirements de situation qui lui évitent des mises en situation d'échec. De cette manière, elle sabote inconsciemment le processus d'amélioration de son état. De par son manque de contacts, ses relations prennent une importance disproportionnée. Elle s'exprime soit par des accès de colère ou de repli mutique lorsqu'elle est frustrée par exemple, soit par de l'euphorie lorsqu'elle est excitée.

Nous l'encourageons à commencer une psychothérapie. L'idée fait son chemin et elle consulte finalement un psychiatre. Ce travail semble utile pour répondre à la détresse qu'elle éprouve et donner un sens aux chocs qu'elle a vécus.

Lorsque l'ergothérapeute verbalise ses propres ressentis, elle prend conscience des réactions suscitées chez l'autre par son comportement et peut en reparler à sa thérapeute. Catherine prévoit une multitude de projets mais n'arrive pas à les concrétiser. L'ergothérapeute l'aide à déterminer ses priorités. Son temps est dévolu à des ruminations mentales, à boire et prendre des médicaments. Comme Catherine est très sensible aux avis extérieurs, l'ergothérapeute valorise son comportement lorsqu'elle est sobre. Pendant cette période, elle compte surtout sur l'aide extérieure professionnelle et s'isole de ses connaissances et de sa famille. Elle en souffre beaucoup. L'ergothérapeute l'encourage donc à revoir sa famille, même si cette perspective l'effraie. Convaincue qu'elle ne vaut plus grand-chose en tant qu'être humain, elle n'ose pas avoir d'amis avant être guérie. L'ergothérapeute l'encourage à ne pas attendre d'aller mieux pour rétablir des liens et précise que ces relations lui permettront certainement de se remettre plus facilement.



Progressivement, elle commence à faire confiance, à exprimer verbalement sa détresse, à reprendre contact avec sa famille. Elle accepte l'idée de recevoir une aide extérieure pour gérer des tâches administratives, qu'elle peine à réaliser. À plusieurs moments charnières (rencontre avec son médecin psychiatre, avec l'assistant social, etc.), Catherine fait appel à la présence de l'ergothérapeute comme tierce personne. Dès que ce soutien n'est plus nécessaire, Catherine gagne davantage d'autonomie et peut effectuer d'elle-même d'autres étapes. Nous fixons alors d'autres buts. Avec l'aide d'un autre intervenant, nous réunissons tout le réseau et discutons avec elle de sa situation et des perspectives possibles.

Cette réunion constitue une étape décisive qui apaise et encourage Catherine. Le soutien du réseau lui permet aussi peu à peu de reprendre une part active à son rétablissement et à la reprise en main de sa vie, ainsi que d'entrevoir l'avenir sous un meilleur jour, notamment socialement et professionnellement.

Après une période de progression, Catherine vit une période plus stable. Elle est plus authentique vis-à-vis d'elle-même et des autres, mais commence à ressentir des états dépressifs. Malgré les récents acquis, elle se plaint de ne pas éprouver de plaisir dans ce qu'elle fait et nie systématiquement ses progrès.

Depuis plus d'une année maintenant, Catherine s'est davantage ouverte aux autres, elle a tissé plusieurs liens stables et a repris quelques activités.

Tous les objectifs fixés sont atteints et elle se propose d'en fixer d'autres. Elle a sérieusement diminué sa consommation de médicaments et d'alcool. Par diverses tâches essentielles, elle se construit un rythme de vie un peu plus structuré. Elle a repris une activité professionnelle à temps partiel, ce qui lui permet d'exercer ses compétences et de gagner un peu d'argent. Entre des périodes de régression et de réelles victoires sur ses difficultés personnelles, Catherine tend vers un nouvel équilibre et commence à entrevoir un avenir plus serein. L'ergothérapeute l'accompagne encore sur ce chemin, avec suffisamment de présence pour qu'elle se sente soutenue et responsabilisée.

LES GROUPES THÉRAPEUTIQUES

Selon Anzieu : « Le groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Sans enveloppe, il ne s'agit pas d'un groupe mais d'un agrégat humain. »

Le groupe est un ensemble de personnes rassemblées avec un but commun. Ce but commande et imprègne les relations entre ses membres. Dans tous les groupes, il existe une dynamique de groupe.

Un groupe thérapeutique se positionne dans un champ clinique et vise le soin par une meilleure connaissance de soi et des autres.

Il existe différents types de groupes : des groupes ouverts qui sont susceptibles d'accueillir des nouveaux arrivants ou d'en perdre, et des groupes fermés qui fonctionnent avec les mêmes participants pendant toute la durée fixée au préalable.

Au SEA, nous fonctionnons avec des groupes ouverts.

Pour qu'un groupe soit thérapeutique, il vise le changement et fixe un cadre avec des règles précises qui vont accompagner le thérapeute et les participants.

Le thérapeute a pour fonction de réguler le groupe et de garantir le cadre. Il veille au bon fonctionnement de celui-ci et est attentif à ce que chacun puisse trouver sa place.

Les groupes au SEA sont limités à cinq participants, mis à part le groupe théâtre et chant où il existe une co-animation avec deux intervenants. Dans ces deux cas le groupe est limité à sept personnes. Toute activité de groupe est suivie ou associée à un temps de parole, un échange qui permet l'émergence d'associations libres ou d'élaborations.

Ce qui est produit lors du déroulement du groupe reste la propriété de ce groupe. Toute utilisation même partielle de cette production suppose l'accord préalable de tous les participants.

Les objectifs thérapeutiques de l'activité en groupe sont de permettre à la personne de :

- Prendre sa place dans le groupe afin de renforcer son sentiment d'identité et d'estime de soi.
- Exister au sein d'un groupe en retrouvant son plaisir dans le but de parvenir à s'exprimer et s'autoriser à être soi-même.
- Gérer son angoisse et lâcher prise en se confrontant aux autres.
- Parvenir à s'amuser avec les autres membres du groupe.
- Se familiariser avec des lieux publics.

APPLICATION DU TRAITEMENT

Les activités proposées actuellement sont organisées sous forme d'ateliers. Certains se déroulent avec un intervenant extérieur, un professionnel dans le domaine de l'activité, comme pour le théâtre, le chant. Ceci nécessite une collaboration entre l'animateur et l'ergothérapeute. D'autres groupes sont gérés par l'ergothérapeute seule, tels que la cuisine, le modelage, la peinture, la natation, les bains thermaux et le badminton. Nous présentons ci-dessous les activités de groupe thérapeutique pratiquées au SEA :

- Expression graphique/peinture : cette activité prend forme au travers des techniques graphiques et des images telles que photocollage, peinture, dessin, carte photolangage et incite à la créativité et



à l'élaboration des thèmes proposés. L'idée est d'offrir un support de communication et d'échange autre que par le biais du verbal. Ces médiations permettent une rencontre entre l'espace interne du sujet et le monde extérieur.

– Modelage : le modelage sollicite le toucher. La terre offre la caractéristique de se chauffer à la température du corps, de se malaxer et de se modeler.
  La terre a aussi ses limites propres, ses qualités, elle se modifie dans le temps : humide et malléable, elle durcit et sèche à l'air. Elle est une matière naturelle symbolisant les origines, elle exprime la vie et la mort.
  Les mots utilisés dans le travail de la terre sont très imagés : lier, souder, lisser, couper, taper, coller, casser, effondrer, empêtrer. L'expression des émotions peut surgir sous une autre forme que le langage par ce travail de la terre. L'objet modelé peut signifier la souffrance psychique du patient, parfois indicible. Cette activité aide la personne à se restructurer à travers une approche qui tente de lui redonner une unité par la construction effective d'un objet.

– Théâtre : l'activité théâtrale se déroule sous forme d'atelier d'expérimentation. L'improvisation, par de petites mises en scène, est beaucoup travaillée. L'activité débute par des exercices d'échauffement du corps et de la voix, d'ancrage corporels, et se poursuit par de l'improvisation. Cette activité permet d'expérimenter des rôles, des voix nouvelles, de jouer des personnages imaginaires.

– Chant : faire sortir sa voix, la poser et la chauffer sont des exercices d'expression. Animé par une chanteuse, ce groupe se rencontre autour d'une envie de chanter, de vivre et partager des émotions relativement fortes. D'autre part, il s'agit de susciter l'apprentissage de nouvelles chansons et de les chanter ensemble.

– Badminton : ce groupe se réunit au centre sportif de la Queue-d'Arve. Ce sport fait intervenir plusieurs capacités, à savoir des capacités cognitives comme l'attention et la concentration, des capacités

d'endurance. Cette activité permet de sentir son corps en mouvement, de se confronter à d'autres personnes dans un esprit de jeu.

– Natation : se rendre à la piscine requiert une certaine motivation (se préparer, avoir le courage d'y aller, entrer dans l'eau plus ou moins froide, etc.). Cette activité confronte la personne à son corps (être en maillot), aux regards des autres. Le contact avec l'eau peut être plus ou moins agréable et évoquer des sensations diverses. L'eau porte, entoure, contient l'enveloppe corporelle. Il y a aussi d'autres personnes dans la piscine, le contact interpersonnel s'établit de manière indirecte, sans la nécessité d'un échange verbal. Chacun se déplace à son rythme. Après le moment passé dans l'eau, la douche et le séchage et une sensation de fatigue plutôt agréable.

– Bains thermaux : en plus des bienfaits de l'eau et ce qu'il en découle, les bains de Cressy avec l'eau à 34° et ses bains hydromassants permettent d'apporter détente et sérénité dans le moment présent. Ces installations permettent aussi de retrouver son énergie et de soulager les douleurs. Ils contribuent à un mieux-être physique et psychique.

– Cuisine : l'activité est structurée en différentes phases : choisir un repas, s'organiser pour les courses, coopérer dans la confection du repas et enfin de partager le repas.
L'acte de préparer et de partager un repas peut s'inscrire dans une triple dimension, le besoin vital, le plaisir et le partage et la communication. Il s'agit d'apprendre à faire la cuisine, de retrouver un rythme alimentaire et d'acquérir des notions de valeurs nutritives.

– Danse et mouvement : dans cet espace, nous collaborons avec un professionnel du mouvement. Nous visons avant tout d'aider les patients à ressentir leur corps en détente et en mouvement, et d'éprouver du plaisir au travers de l'activité. L'expérimentation du mouvement et non l'apprentissage d'un mouvement formaté propre à certaines techniques de danse. Mettre en valeur l'aspect contenant, de sentir ses limites, de pouvoir s'ancrer et expérimenter, à partir de cette rencontre avec soi-même, d'aller vers l'autre.



L’ÉVALUATION DU TRAITEMENT

Lors de la prise en soins, le patient traverse des périodes d’activité et de réflexion. Des bilans ont lieu régulièrement.

Le but de l’évaluation est de maintenir l’équilibre entre observer les données qui permettent de mieux adapter l’activité et éviter que les quelques remarques liées à l’apprentissage même de l’activité se transforment en jugement ou en auto-jugement. En effet, cette réaction est souvent à l’origine des blocages et des sentiments d’échec. L’ergothérapeute, par l’observation, s’oriente vers les compétences à renforcer, dans une attitude bienveillante et aide la personne à trouver des stratégies favorisant son action. Lorsque la personne développe la capacité à s’ancrer dans le moment présent, elle peut ainsi vivre pleinement son activité et développer le plaisir et la satisfaction éprouvée. L’affolement provoqué par la peur du jugement inhibe les compétences et la créativité. Il empêche la personne de retrouver l’estime d’elle-même.

Le bilan permet de réajuster l’ensemble des objectifs et les modalités de l’intervention afin de poursuivre l’accompagnement. Selon la situation, nous proposons des bilans plus au moins réguliers. Parfois, suite à une première période de neuf séances, nous précisons avec le patient le bien-fondé de la poursuite du travail. Si cela se révèle positif, nous faisons un bilan écrit dont le contenu est élaboré avec le patient et nous l’envoyons au médecin traitant. Ce bilan présente un réel outil de travail.

Enfin, pour terminer, le bilan peut se dérouler soit dans notre centre, soit au bureau du médecin traitant ou encore dans une des institutions faisant partie du réseau. Ceci implique que le patient peut être confronté à plusieurs professionnels.

BOB

Situation personnelle, sociale et professionnelle : Bob est un jeune homme de 30 ans, célibataire, vivant seul. Après des études de secrétariat, il a été plusieurs années au chômage et a exercé divers petits boulots comme garçon de café ou répétiteur pour écoliers. Il a le projet de devenir éducateur spécialisé en cours d’emploi. Actuellement, il est au bénéfice du revenu minimum destiné aux chômeurs en fin de droit.

Ses relations avec sa famille sont conflictuelles. Bob a des connaissances avec lesquelles il pratique de nombreuses activités. Ses amis sont un soutien important pour lui.

Réseaux : Bob est suivi par les ergothérapeutes du SEA et régulièrement par son médecin psychiatre. Un assistant social s'occupe avec lui de ses affaires administratives et professionnelles.

Origine de la demande : Son médecin psychiatre lui a parlé de notre service. Nous avons fait un premier bilan ensemble au cabinet du médecin.

Attentes initiales et actuelles du patient : Bob demande de l'aide pour s'organiser autour du fonctionnement de son lieu de vie. Ceci pour lui permettre un retour aux études.

Objectifs d'ergothérapie : 1. Que Bob puisse se structurer à travers l'organisation des tâches inhérentes au fonctionnement de son lieu de vie ; 2. Qu'il parvienne à prendre progressivement confiance en lui, 3. Expérimenter les interactions sociales dans un groupe thérapeutique.

Moyens et modalités de prise en charge : Prise en soins une fois par semaine en individuel au domicile et une seconde fois par semaine en groupe thérapeutique pour un atelier théâtral dans une maison de quartier.

Difficultés : Bob a de la peine à se structurer psychiquement et des problèmes somatiques importants entravent régulièrement le programme de l'ergothérapie. Il ressent de la peur du jugement d'autrui, ce qui crée des blocages, et a des difficultés à équilibrer des phases d'épuisement et des périodes d'hyperactivité.

Ressources : Il a de la motivation et de la volonté à collaborer au traitement en ergothérapie. Il est exigeant avec lui-même et il est capable d'introspection.

Impressions générales : Dès le début de la prise en soins, Bob se montre très motivé à aller de l'avant. Selon sa demande, nous avons eu deux séances par semaine au domicile durant les deux premiers mois. Après une coupure liée aux vacances de l'ergothérapeute, la reprise du suivi a été longue à remettre en place. Bob est dès lors occupé par une nouvelle activité professionnelle et il est souvent malade. De ce fait, les séances ont été régulièrement reportées. Les conséquences de ces moments de perturbations sont un retour au point de départ. Pourtant le travail du patient avec l'ergothérapeute a permis la mise en mots régulière du vécu et une réflexion autour de son fonctionnement.

Enfin, avant les fêtes de fin d'année, un nouveau rythme a pu être trouvé. Bob a dès lors réalisé d'importants progrès dans l'organisation, tant à son domicile, que dans sa vie quotidienne. Il dépense beaucoup d'énergie dans cette activité.

Lors de sa participation au groupe théâtral, Bob s'est « jeté à l'eau » et a pu dépasser d'importantes réticences telles que la peur du jugement d'autrui.

En résumé, malgré une irrégularité dans la continuité des séances, Bob profite de cette démarche. Il a besoin qu'on l'aide à prendre conscience de son instabilité afin de trouver des stratégies pour ne pas s'effondrer à chaque fois. Bob a d'importantes ressources qu'il désire mettre en pratique. Il nous paraît essentiel de poursuivre l'accompagnement dans ce processus pour lequel il est très motivé.

Projet : Poursuite du suivi en individuel pour une période de trois mois environ afin de continuer dans l'apprentissage de stratégies de maintien de l'ordre chez lui, ainsi que la participation hebdomadaire au groupe théâtral afin d'expérimenter davantage les interactions.



Dans le champ extra-hospitalier, la profession de l'ergothérapie en psychiatrie reste peu connue. En tant que praticienne de la globalité de la personne appréhendée dans sa vie quotidienne, l'ergothérapeute est outillée tant par ses connaissances de la maladie et des handicaps qui en découlent que par ses capacités d'analyse de l'activité. Ses connaissances permettent d'aider les personnes qui en font la demande en vue de leur réhabilitation et d'une autonomie psychosociale. Cette politique de soins est au centre de l'éthique de l'ergothérapie communautaire et, dans ce sens, elle peut prendre sa place parmi les réseaux de la santé et du social.

BIBLIOGRAPHIE

AUSLOOS, G. (1995). LA COMPÉTENCE DES FAMILLES. Ramonville Saint-Agne : Erès.

CAILLE, P. (1994). LES OBJETS FLOTTANTS. Paris : ESF.

ELKAIM, M. (1989). SI TU M'AIMES NE M'AIME PAS. Paris : Seuil.

MORIN, E. (2000). LES SEPT SAVOIRS NÉCESSAIRES À L'ÉDUCATION DU FUTUR. Paris : Seuil.

APPROCHE SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE DE L'ERGOTHÉRAPIE

ALAIN RIESEN ET ROGER SCHÜLER

Notre approche sociale et communautaire de l'ergothérapie est avant tout une pratique. Celle-ci s'est construite à partir de l'expérience menée depuis vingt ans dans le cadre du Centre de jour et du Centre d'ergothérapie de l'Arcade 84.

Pour nous, elle n'a pas valeur de modèle, et nous l'inscrivons dans un courant qui privilégie une approche globale des troubles et des souffrances psychiques dans le cadre d'une politique de santé mentale solidaire et responsable.

L'Arcade 84 est un lieu de vie, de soins et d'activités destiné principalement à des personnes souffrant de troubles psychiques (Schuler et Riesen, 1998).

Elle est composée d'un Centre d'ergothérapie indépendant, organisé sous forme associative et régi par la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) et d'une association à but non lucratif, l'Association Arcade 84, qui gère un Centre de jour, selon les critères de l'OFAS (art. 73). Les responsables et l'équipe travaillent dans les deux structures.

Cette formule permet de proposer deux types de prestations bien distinctes et complémentaires :

– D'une part, des prestations d'ergothérapie dont la finalité est d'améliorer l'état psychique et l'autonomie des patients au moyen

d'activités de services, artisanales et créatives. Les prestations sont associées à la prise en charge médicale des patients.

– D'autre part, des prestations sociales (accueil, entretiens, repas, activités) dont le but est de favoriser l'intégration, de permettre aux personnes de (re)découvrir leurs intérêts et de lutter contre l'isolement social. Ce sont des personnes dont les troubles psychiques persistent dans le temps, provoquant marginalisation et exclusion de la communauté. Une même personne peut bénéficier des deux prestations.

Ces prestations se pratiquent dans une arcade, ouverte aux habitants, en ville, disposant d'activités, d'un lieu de vie et de soutien thérapeutique. Chaque activité est placée sous la responsabilité d'un·e ergothérapeute et d'un·e animateur·trice. Les activités que nous proposons sont ainsi définies : un restaurant qui offre boissons et plat du jour. Une équipe, composée de 3 à 5 patients, prépare, le matin, le plat du jour. L'après-midi, une équipe de 2 personnes s'occupe de la vaisselle, rangement et service boissons ; un atelier informatique, pour découvrir l'ordinateur, apprendre les bases du traitement de texte et s'enrichir de la somme de connaissances disponibles sur internet ou entrer en communication avec les autres internautes ; un atelier bois, réparation de meubles et petite menuiserie, offre des possibilités de découvrir et d'exercer cette activité, en lien avec les exigences d'une clientèle qui nous apporte ses meubles ; un espace d'activités de création et artisanales (peinture, céramique, photographie, atelier écriture) permet la stimulation et l'expression créative, toutes ces activités pouvant déboucher sur une présentation au public, clients du restaurant, sets de table pour l'atelier écriture et informatique, expositions pour l'atelier création et photographie. Ainsi le lien social, source de reconnaissance de son identité singulière, est concrétisé par cette dynamique.

Comme l'a démontré R. Castel (1976), l'ensemble des éléments qui constituent une politique de santé mentale sont complémentaires : le dispositif institutionnel, le code théorique (explications des troubles psychiques), le corps des professionnels, les technologies d'intervention (moyens thérapeutiques, les soins), le dispositif législatif (loi sanitaire et droits des patients). Les éléments dynamiques de ces pratiques sont la prévention et la promotion de la santé mentale, les soins et l'action sociale, la réadaptation et la réhabilitation.

La réhabilitation vise à rétablir les droits et les capacités d'une personne et à lui permettre de regagner l'estime de soi. Elle met l'accent sur l'intégrité et les forces de la personne. La réhabilitation psychosociale se base sur plusieurs principes (Deleu, 1999). Les principaux peuvent se décliner ainsi : les personnes ont le droit et la capacité de participer à la prise de décision concernant leur vie. Chaque personne, même fortement handicapée, est capable d'améliorer son niveau de fonctionnement. C'est la responsabilité du professionnel de développer le niveau d'attente que les personnes ont pour elles-mêmes, les aider à se percevoir comme capables de progrès. Une partie des interventions doit viser à changer l'environnement plus large de la personne, c'est-à-dire les attitudes et le mode de fonctionnement qui peut être un obstacle à leur intégration.

La réhabilitation psychosociale soutient la conviction que le travail, et spécialement l'opportunité d'aspirer et de se réaliser dans un emploi rémunéré sont un besoin et une force d'intégration. Elle est centrée sur le patient et son contexte de vie et elle implique une proximité d'action. Elle doit combattre la désinsertion, la discrimination et la ségrégation. Elle privilégie la continuité des soins et de l'accompagnement social dans un réseau de soins souple et articulé, hospitalier et ambulatoire. Ce réseau est à l'écoute de l'histoire et de la culture de ses habitants.

L'aspect central de cette politique est l'expression des besoins de rétablissement de leur santé par les patients eux-mêmes, ainsi que le respect de leurs droits (Michel, 2001). Cette expression se réalise par la prise en compte du vécu subjectif de la souffrance et des troubles psychiques. La socialisation de cette connaissance peut s'accomplir dans les groupes de patients.

Dans notre projet d'ergothérapie sociale et communautaire en santé mentale, cette conception des droits et des besoins des patients, ainsi que le dispositif institutionnel et associatif, se concrétise comme un processus évolutif et interactif entre les membres du réseau. Ainsi le travail de réseau interdisciplinaire et interinstitutionnel prend toute sa valeur.

CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE

Dans les années 60-70, le courant critique de la psychiatrie émerge au sein d'un vaste mouvement de remise en question des pouvoirs et des institutions de contrôle social (Foucault, 1977). Les institutions

psychiatriques fonctionnent encore selon les principes de la fin du XIXe, début du XXe siècle : le patient est considéré comme incurable, irresponsable et souvent dangereux (Goffman, 1968).

En automne 1973 se crée au niveau européen le Réseau d'alternatives à la psychiatrie. Il aura, au printemps 1974, suite à une assemblée générale qui se tient à Lausanne, un secrétariat romand dans lequel les fondateurs de l'Arcade 84 seront très actifs. À Genève, le réseau est important, il compte plus de cent membres. Plusieurs patients souffrants psychiques y militent et proposent de créer ce qui sera l'Adupsy (Association de défense des usagers de la psychiatrie). Leur exigence est de constituer un mouvement de revendications et de dénonciations mixtes, c'est-à-dire composé aussi de travailleurs de la santé (médecins psychiatres, infirmiers, assistants sociaux, ergothérapeutes…), de proches, d'amis, de juristes et d'avocats. Il s'agit de changer la législation en faveur des droits des patients (Forum Santé, 2003), de faire reculer les pratiques psychiatriques autoritaires, surtout pour les traitements, de leur redonner parole, espoir et dignité.

En Europe, le patient est souvent hospitalisé contre sa volonté et subit des traitements sous contrainte. La psychiatrie biologique domine la pratique thérapeutique. Le plus souvent, l'institution est dirigée par les médecins. Ils détiennent le pouvoir médical et administratif. Ils régissent la vie quotidienne dans un univers clos où des abus de pouvoir (violence physique et symbolique envers les patients) peuvent se développer (Steinauer, 1977).

C'est dans ce contexte qu'un désir de changement se concrétise au travers d'expériences alternatives qui vont se réaliser en Europe. Il s'agit alors de transformer le dispositif institutionnel, les pratiques thérapeutiques, le statut du patient ainsi que la fonction du thérapeute pour que les politiques et les pratiques en santé mentale changent de fait.

Ces nouvelles pratiques thérapeutiques et sociales tentent de répondre aux besoins de reconnaissance de dignité et d'humanité des patients. Par exemple, en France, la psychothérapie institutionnelle (Tosquelles, 1984) tente de faire valoir le développement des thérapies relationnelles comme essentiel pour rendre la parole aux patients. Le dispositif institutionnel est ainsi conçu comme un espace de soins et non plus comme un espace d'enfermement et de contrôle des patients. En Angleterre (Barnes et Berke,



1973), les communautés thérapeutiques accueillent les patients en crise psychiatrique en limitant au maximum l'utilisation des moyens de contention physique et des médicaments.

En Italie, la fermeture des hôpitaux psychiatriques (Basaglia, 1970) au profit de services socio-sanitaires implantés dans le territoire et les hôpitaux généraux préfigurent le développement important des structures intermédiaires en Europe : foyers, appartements protégés, appartements individuels accompagnés, services de soins et aide à domicile, entreprises sociales et solidaires, services pour la promotion des droits des patients, création de groupes de patients, espaces de formation et de placement spécialisés, lieux de rencontres et de création artistique, organisation de loisirs et d'espaces culturels en lien avec la communauté.

Toutes ces réalisations ont un dénominateur commun : lutter contre toutes les discriminations, ségrégations et exclusions des personnes souffrant de troubles psychiques de l'espace et du bien commun et valoriser la culture du lien social, la responsabilité individuelle et collective, la solidarité.

Actuellement, dans nos régions, le dispositif institutionnel est dominé par le concept de la sectorisation ou régionalisation. À un bassin de population donné (entre 100 000 et 120 000 habitants) correspond un secteur qui comprend : une unité hospitalière, un centre de consultation, un centre de thérapie brève ou hôpital de jour, un service psychiatrique à l'hôpital général, un centre de consultation d'urgence et de crises, un ou des foyers et ateliers de réhabilitation. À ce dispositif s'ajoutent des services spécialisés pour les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les troubles de la dépendance. Ce concept est basé sur la continuité des soins et de l'accompagnement social. Dans le meilleur des cas, les institutions publiques qui constituent ce réseau collaborent avec le réseau privé (médecins indépendants) et associatif (Jeanson, 1979).

Aujourd'hui, l'approche intégrée des soins, de l'action sociale et communautaire dans laquelle s'inscrit l'ergothérapie est une perspective nouvelle. Elle n'est pas encore réalisée. Mais elle est demandée de plus en plus ouvertement par les patients et les groupes de patients. C'est pour eux la possibilité de choisir, en partenariat avec les soignants et travailleurs sociaux, les différents modèles d'institutions, de pratiques thérapeutiques et sociales qui correspondent au plus près aux soins,

à l'accompagnement social que nécessite l'état de leur santé et leur système de valeurs.

CONCEPTS THÉORIQUES FONDATEURS

Notre approche théorique critique la segmentation de la personne opérée par l'approche dominante bio-psycho-sociale de la psychiatrie. Nous considérons la personne comme un tout irréductible à la somme de ses parties.

Sans nier la place dans la thérapie des segments de la personne telle qu'isolée par la psychiatrie (Lalonde et al., 1999) bio (dérèglements cérébraux), psycho (troubles dans la structuration psychique), sociale (facteurs environnementaux et sociaux), nous considérons le tout qui dépasse et comprend ces segments. Un tout qui aurait à voir avec « l'humanité » de la personne.

C'est une double confrontation, existentielle et médico-sociale, qui nous permet de saisir ce que la science médicale formule aujourd'hui comme hypothèse sur les causes et la nature des troubles psychiques (hypothèses étiologiques de type génétique et influence des facteurs environnementaux sur la vulnérabilité de la personne). Il s'agit d'en discuter la pertinence.

L'approche existentielle considère que l'être humain est le seul être pour qui exister n'est pas évident. Un doute – source d'angoisse – qui pour Biswanger adaptant Kierkegaard (*Le concept d'angoisse*, 1844), trouve une motivation forte : l'amour. L'humain, la part de l'humain dans l'homme devient ainsi ce qui relie un être aux autres et à lui-même (Duruz et Gennart, 2002).

La prépondérance de cette dimension relationnelle n'est pas sans conséquences pour le thérapeute qui devient partie prenante de la thérapie en partageant une souffrance qui le touche nécessairement, puisqu'elle touche la relation. D'où l'importance de l'accueil du patient et de l'empathie du thérapeute. Il se propose d'accompagner le malade dans la communauté des hommes et il prend en compte son désir, fût-il le plus ténu, infime, imperceptible. C'est à partir de ce désir que peut se construire un projet thérapeutique. Ainsi, être soi-même avec les autres devient un projet partagé. Le thérapeute et le patient se rencontrent pour créer une

relation de confiance, responsable. À tout moment, même dans les situations où la capacité de discernement est fortement altérée, il est nécessaire de donner au patient une part de responsabilité de ses actes et de son comportement.

Ainsi notre compréhension de la personne est-elle basée sur un principe puisé chez Karl Jasper selon lequel « la personne humaine se manifeste dans des figures et des associations psychiques dont l'intelligibilité n'est accessible qu'à travers la globalisation de son projet de vie » (Célis et Bovet in Duruz et Gennart, 2002).

Pour atteindre ces objectifs qui consistent à accompagner la personne dans la communauté des hommes en prenant en compte son projet de vie et sa souffrance, l'approche sociale et communautaire en ergothérapie propose deux instruments :

D'une part, la création d'un lieu ouvert qui favorise – sans les organiser ni les formaliser – des échanges interpersonnels, au sein du lieu et à l'extérieur avec la communauté du quartier notamment. La disposition des espaces, l'architecture du lieu créent les conditions favorables au tissage de liens entre les personnes et permettent d'accompagner et de renforcer l'effet thérapeutique désiré.

D'autre part, la formulation d'objectifs fixés par la personne (principe d'autodétermination), tout au long d'un apprentissage et d'actes thérapeutiques par étapes dans le cadre d'activités choisies. À un objectif de départ large et global vont se succéder des objectifs différenciés qui vont prendre sens dans le cadre du projet de vie de la personne (Meyer, 1997).

PRINCIPAUX AXES THÉRAPEUTIQUES ET D'ACTIONS SOCIALES

L'ergothérapie sociale et communautaire aujourd'hui est inséparable du lieu et de l'histoire particulière dans laquelle elle se pratique. L'élaboration d'un projet d'ergothérapie s'inscrit dans le projet de vie de la personne où l'activité est porteuse de sens et d'interrogations.

Elle s'adresse à trois types de population :

- Des patients adultes pour une suite de traitement après hospitalisation et soins en phase aiguë.

– Des patients en traitement ambulatoire à moyen terme, soit dans des services psychiatriques publics soit auprès d'un médecin indépendant.
– Des patients dont les troubles psychiques (troubles de l'humeur, de la pensée, des émotions et des sentiments, troubles de la dépendance et de la personnalité) vont durer dans le temps et dont les soins sont orientés vers la réhabilitation, l'intégration.

Dans tous les cas de figure, l'ergothérapie proposée est complémentaire d'un traitement médical. Celui-ci est adapté à l'atteinte psychique du patient, il comprend une approche psychothérapeutique et/ou médicamenteuse. Les orientations psychothérapeutiques concernent en majorité les trois domaines suivants: psychodynamique, systémique et cognitivo-comportemental.

L'action ergothérapeutique s'organise autour de trois axes complémentaires:
– L'axe personnel est la mise en place d'un processus d'ergothérapie individualisé. Il vise à atténuer les troubles psychiques, à renforcer l'autonomie de la personne et à lui donner les moyens de réaliser son projet d'intégration professionnelle et/ou sociale.
– L'axe communautaire est la réalisation du processus d'ergothérapie personnel dans un espace communautaire organisé sous la forme d'un Centre de jour. Ainsi l'application du traitement se développe dans cet espace collectif (Arcade 84, 2004)
– Enfin l'axe réseau de soins et d'action sociale a deux objectifs: d'une part, de collaborer avec l'ensemble du réseau de la personne et, d'autre part, de proposer à la personne information et connaissance du réseau associatif et des ressources de la ville (Grepsy, 2003)

AXE PERSONNEL

Après l'évaluation formative, nous élaborons le plan de traitement, ses buts et ses objectifs avec le patient, puis nous établissons le cadre du traitement et son programme. En cours d'application du traitement, nous faisons régulièrement des évaluations et critiques du processus avec le

patient, avec l'équipe communautaire et le réseau. Nous complétons également les éléments de l'évaluation formative. Puis, à la fin du traitement, une évaluation finale est discutée avec l'ensemble des partenaires et si possible un projet de continuité est envisagé et réalisé.

AXE COMMUNAUTAIRE

L'insertion du patient dans un lieu à fort potentiel relationnel (patients, clients des activités, travailleurs sociaux, artisans, habitants du quartier) lui permet de sortir de son isolement social, c'est le sens et la mission du Centre de jour que nous avons défini ainsi :

Offrir un espace d'accueil visant à créer ou recréer du lien social entre la personne et la communauté, ainsi qu'à limiter l'isolement social généré par les difficultés psychiques. L'espace d'accueil est ouvert aux habitants du quartier et les usagers peuvent trouver écoute, échanges et participation aux activités.

L'accueil devient une possibilité d'expérimenter un lieu de vie où l'on peut exprimer sa souffrance, son mal-être psychique, ses troubles, ses difficultés ou sa joie de vivre, sans contrôle social important (notion d'accueil de seuil bas et moyen : il n'est pas nécessaire de s'identifier auprès des responsables, de remplir un formulaire d'admission).

Les entretiens permettent à la personne de formuler un besoin de santé, en lien avec ses difficultés psychiques, son projet de vie et son projet d'activité ou d'ergothérapie.

Les activités s'intègrent avec le projet d'ergothérapie ou le projet au Centre de jour (avec accueil et entretiens) :

JACQUES

Sur conseil de son médecin et de son réseau de soins, Jacques prend un premier rendez-vous avec le Centre d'ergothérapie pour s'informer et, si convergence des besoins et de l'offre, accéder pour un temps aux activités ainsi qu'aux espaces communautaires.

Après deux rendez-vous et discussion avec son médecin, celui-ci délivre une ordonnance sous forme de bon d'ergothérapie et la prise en charge se formalise dans un projet d'activité photographique.

Durant cette période d'ergothérapie et d'accompagnement social, Jacques est très présent dans l'espace activités communautaires. Il noue des relations avec d'autres patients pour finalement nous interpeller sur un nouveau projet élaboré à partir des activités ergothérapeutiques et qui est une association de patients. Il nous soumet un premier texte formulant le

fond de sa pensée : un espace arcade ou ateliers, les patients mettant en place des activités sur le modèle de l'Arcade 84, avec un lieu cuisine et rencontres. Nous sommes prêts à l'aider pour affiner les buts et moyens de cette future association. Plusieurs patients en accompagnement ergothérapeutique sont intéressés par ce projet. Un comité se crée, une assemblée générale constitutive a lieu, l'association existe. Les plus grosses difficultés viendront dans la recherche d'un lieu et d'un premier financement. Nos relations avec la Ville de Genève permettront de trouver un lieu, et une demande à la Loterie Romande trouvera un écho favorable.

Actuellement, l'association est en activité avec ses ateliers et des offres de loisirs. Elle participe activement comme partenaire avec d'autres associations de patients en formulant avis et critiques sur la politique de la santé à Genève (projets de lois, audition par le corps médical sur des aménagements institutionnels, etc.). Par l'engagement de ses membres, elle est représentée dans divers comités d'associations et fondations, lieux d'écoute et d'échanges (Pro Mente Sana, le Psy-trialogue).

Régulièrement, plusieurs membres de cette association viennent participer aux activités socio-communautaires du Centre d'ergothérapie : repas, cybercafé, atelier photos, groupe écriture.

AXE RÉSEAU DE SOINS ET D'ACTION SOCIALE

Le processus d'ergothérapie et son inscription dans un espace communautaire permettent à la personne d'élaborer et de rendre compte de l'importance de son réseau primaire (parents, proches, amis) et de son réseau secondaire (supports professionnels sanitaires et sociaux, groupe de patients).

Partager, évaluer et collaborer avec le réseau font partie du traitement. Le réseau est un partenaire privilégié, et la collaboration avec celui-ci s'intègre dans une approche horizontale interinstitutionnelle et interdisciplinaire. La continuité des soins et de l'accompagnement social est le concept de base de cette pratique de réseau.

Dans les autres choix thérapeutiques et d'accompagnement social, la notion d'espace et de territoire de réhabilitation (Deleu, 2005) complémentaires et intermédiaires sont essentielles: le patient acquiert la connaissance des espaces de soins et de réhabilitation, privés et publics, dans les différents domaines de son projet de vie : thérapies, logement, formation, activités/travail, loisirs (Grepsy, 2003).

La création de ces espaces n'est pas soumise à une logique « totalitaire » (Goffman, 1968), c'est-à-dire où l'ensemble des besoins du patient est contrôlé par une seule institution. En tant qu'ergothérapeute, si nous avons l'habitude de collaborer avec les autres professionnels de la santé

et de l'action sociale, nous pensons encore souvent en termes institutionnels, c'est-à-dire quelle institution correspond à quel besoin. Il nous est difficile de sortir du monde de l'offre spécialisée, institutionnalisée, pour découvrir dans la société toutes les richesses et ressources nécessaires aux besoins des patients. Cette réflexion est particulièrement vraie dans le domaine de l'intégration professionnelle, où les moyens financiers et humains ont été développés dans le secteur secondaire du marché du travail (emplois protégés) au détriment du marché du travail public et privé (voir Évolution de la pratique en fonction des populations, p. 328).

Une autre particularité du réseau associatif est l'existence et le développement des groupes de patients. Depuis plus de trente ans, des patients psychiques se sont organisés pour faire valoir leur point de vue sur l'ensemble des éléments qui constituent une politique de santé mentale.

À l'Arcade 84, nous accueillons régulièrement ces groupes qui utilisent nos locaux et qui nous interpellent dans notre pratique d'accueil et de soins.

Ces groupes de patients ont l'ambition de créer des liens avec les institutions et les pouvoirs publics. Ils veulent être partenaires dans les lieux de décisions qui les concernent «La documentation française», 2003). Déjà des patients participent comme enseignants à la formation des professionnels de la santé mentale, en particulier aux écoles d'infirmiers·ères et d'aides familiales.

À GENÈVE, IL EXISTE 4 GROUPES DE PATIENTS :

1. Le REEV (Réseau d'entraide des Entendeurs de Voix) offre un espace aux Entendeurs de voix pour se réunir afin de mettre en commun leurs expériences et démystifier les angoisses et les aspects négatifs attribués à l'écoute des voix (hallucinations auditives). Grâce au REEV, les Entendeurs de voix se retrouvent dans un lieu convivial. Ils bénéficient aussi de soutien actif et d'informations sur une nouvelle conception et des stratégies d'approche dans le domaine des perceptions de voix. Les groupes de parole Mieux vivre ses Voix laissent à chacun la possibilité de partager ses expériences positives pour en faire bénéficier ceux qui ont des difficultés à accepter leur état (REEV, 2002).

2. ATB (Association de personnes atteintes de troubles bipolaires ou de dépression) est une association d'entraide autogérée, créée en 1997 par des personnes vivant avec des troubles de l'humeur : troubles bipolaires ou unipolaires (maniaco-dépression/dépression). L'association compte 130 membres actifs. Elle offre un espace chaleureux de rencontres où les expériences de chacun sont partagées dans le respect. L'ATB propose des réunions d'échanges, des conférences, des sorties et des informations en vue d'un nouvel équilibre. L'ATB œuvre pour une meilleure compréhension de la maladie et pour la suppression des discriminations

sociales. Elle collabore activement avec le réseau associatif et institutionnel en santé psychique (ATB, 2000).

3. L'Association l'Expérience, association autogérée de souffrants psychiques, permet aux personnes de créer un projet et de s'investir dans l'associatif. C'est un lieu indépendant, de culture et de création, visant la pratique et l'apprentissage de l'autonomie (L'Expérience, 2000).

4. Le Psy-Trialogue se réalise sous la forme d'ateliers de débats et d'échanges autour du vécu des patients et ex-patients, de leurs proches et des professionnels. C'est un espace où partager sa propre expérience et s'enrichir du vécu de l'autre, où confronter sa propre réalité et ses certitudes à celles des autres. Pendant longtemps, les patients se sont trouvés confinés dans le rôle d'objets de traitement, alors que leurs proches étaient considérés comme des perturbateurs. Ils se rencontrent à présent en tant que participants au Psy-Trialogue et ils ont tous le même statut. Les rôles s'échangent : les patients sont considérés comme des experts, les proches apportent leur expérience personnelle, et les professionnels sont poussés à se mettre au niveau de l'expérience subjective. Toute personne intéressée ou concernée par le vécu de l'altérité psychique peut participer aux séances (Psy-Trialogue, 2000).

Côté relations extérieures avec les hôpitaux, les associations du réseau de santé mentale (Grepsy, 2004) ont obtenu qu'un représentant des patients soit intégré dans le comité de gestion de la clinique psychiatrique, comme voix consultative. C'est un premier pas réalisé vers la reconnaissance de leurs compétences. Un partenariat est en chemin.

BILAN DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

ACCUEIL DE LA DEMANDE

La personne prend contact directement, par téléphone ou par l'intermédiaire d'une autre personne (soignants, travailleurs sociaux, parents, proches). Ainsi une première évaluation sommaire cherche à vérifier l'adéquation entre la demande et les ressources du lieu. Cet accueil permet de proposer un entretien de connaissance que l'on nomme « le dialogue thérapeutique » (voir Application du traitement, p. 325).

Nous formons l'hypothèse que les premières démarches du patient font partie du processus d'amélioration de son état de santé psychique. Ainsi l'ergothérapeute se positionne déjà dans un processus thérapeutique, que la demande aboutisse ou pas. Tout au long du traitement, le dialogue thérapeutique prend la forme d'un temps de discussions à propos de l'activité et de la réévaluation du projet.

L'entretien permet de discuter la demande. La personne se présente et nous présentons l'ergothérapie sociale et communautaire, son projet et ses moyens pour accompagner la personne. Si l'évaluation du patient et de l'ergothérapeute avec l'équipe communautaire, le réseau socio-médical et/ou le médecin traitant est positive, un contrat d'ergothérapie est conclu sous la forme de l'ordonnance d'ergothérapie. La procédure administrative pour la couverture des prestations d'ergothérapie par l'assurance maladie du patient est engagée. Le médecin envoie l'ordonnance d'ergothérapie, le centre d'ergothérapie envoie l'ordonnance à l'assurance qui donne son accord et ainsi les séances d'ergothérapie peuvent débuter.

Le premier niveau de compréhension de la demande est donc d'estimer, après le premier entretien, le degré d'appropriation par la personne de son désir de changement et sa capacité de se représenter investir une activité :

JACQUELINE

Jacqueline a fait trois ans d'École de culture générale. Elle arrête ses études six mois avant la fin de l'échéance des examens. Elle souffre d'anorexie mentale. Elle travaille à la poste de manière ponctuelle. Elle vit chez sa mère. Après sa 3e hospitalisation en clinique psychiatrique, l'équipe lui propose un traitement d'ergothérapie, elle accepte un premier entretien. Elle se présente avec son assistante sociale. À la question de savoir si elle comprend le sens d'un travail thérapeutique, elle ne répond pas, mais elle exprime des sentiments douloureux vécus à la clinique. Ainsi, tout au long de ses premiers entretiens d'accueil, elle répond souvent par un autre sujet qui la préoccupe, mais pas aux questions que nous lui posons. À la question de savoir quelle activité elle pourrait choisir, si elle est d'accord de s'engager en ergothérapie, elle est claire et elle choisit l'activité cuisine et l'informatique. Ce premier choix est suffisant pour que nous décidions d'entrer en matière. Sa présence ou non aux activités va déterminer sa motivation et son engagement.

Ainsi les deux fonctions de base de l'ergothérapie sont discutées : « améliorer son état psychique et son autonomie à travers une activité ».

Puis un ou plusieurs entretiens sont programmés pour décider les buts, les objectifs généraux et spécifiques et le plan de traitement : choix de l'activité, rythme hebdomadaire, inscription dans le temps, rythme des évaluations et des bilans, décision concernant les relations avec l'espace communautaire et le réseau. Il n'est pas nécessaire que tout soit déterminé à l'avance. Ainsi des objectifs plus précis peuvent apparaître en cours de traitement.

Cette étape est essentielle, car elle définit pour tous les partenaires l'esprit du travail thérapeutique proposé.

RECUEIL DES DONNÉES DIRECTES ET INDIRECTES

Le recueil des données directes et indirectes se fait tout au long du traitement qui évolue dans le temps et l'espace. Nous ne considérons pas ce processus comme une étape formelle dont l'issue serait une connaissance exhaustive de la personne. C'est dans une relation de confiance et de compréhension des processus psychiques, qui nécessitent du temps, que se construit cette connaissance. Alors, et alors seulement, viennent les données essentielles.

Les premières données directes et indirectes sont recueillies sous la forme d'un formulaire d'admission. Outre les données factuelles, son contenu concerne essentiellement l'histoire de la personne (en particulier son parcours de formation, sociale et professionnelle), les événements de sa vie, la nature de ses troubles psychiques, ses revenus, son statut civique.

Un second document de notes d'observation est destiné à restituer les différents entretiens, à rapporter les observations du patient, de l'ergothérapeute, de l'équipe communautaire et du réseau dans lequel s'inscrit le projet ergothérapeutique. Cette formalisation de la dynamique thérapeutique permet principalement de vérifier l'adéquation entre le projet de la personne (principe d'autodétermination) et l'évaluation produite par l'ergothérapeute, l'équipe, le médecin traitant et son réseau si nécessaire. Le rapport d'ergothérapie est la synthèse provisoire destinée au patient, à son médecin et le médecin-conseil de son assurance.

La nécessité de constituer un dossier pour chaque patient est une exigence du droit sanitaire fédéral et cantonal. Tout thérapeute reconnu par ce droit a le devoir d'informer le patient, de manière circonstanciée et complète, sur l'exercice de son activité thérapeutique. Le patient a le droit de consulter en tout temps son dossier médical où sont incluses les différentes interventions thérapeutiques. Si l'on prend comme postulat de départ que l'appropriation et l'autodétermination du patient de son choix thérapeutique sont nécessaires pour le rétablissement de sa santé, il nous semble utile de lui proposer de participer à l'élaboration de son dossier et de vérifier, avec lui, la pertinence du rapport d'ergothérapie :



ÉDOUARD

Édouard est engagé depuis six mois à l'activité cuisine du centre d'ergothérapie. Il a 30 ans et une formation d'employé de banque. Ses premières décompensations psychiques l'empêchent de continuer son travail à la banque. Après avoir perdu son logement, il est hébergé dans un foyer. Il avait déjà fait une période au centre d'ergothérapie, il a quitté brusquement le centre en nous disant qu'il allait chercher un emploi rémunéré.

Pour cette 2e période de traitement, c'est lui qui choisit l'activité cuisine. Son but est toujours de reprendre un logement indépendant et de trouver un emploi salarié. Lors d'une réunion de bilan intermédiaire avec son médecin, sa tutrice (assistante sociale) et le référent du foyer (infirmier), sa difficulté de se concentrer sur une activité simple et de passer d'une activité à une autre de manière autonome est discutée : « Édouard ne peut pas planifier 2 opérations différentes, l'une après l'autre. Il est nécessaire de lui répéter les consignes. » En discutant avec Édouard du rapport d'ergothérapie (il estime qu'il correspond à sa réalité), il me pose la question : que veut dire « ne pas réussir à planifier 2 opérations ? », je lui réponds ce qui est écrit sur le rapport en reformulant sa signification en fonction de son objectif d'intégration professionnelle. Ainsi pouvons-nous décider de discuter de son objectif sur la base d'un processus par étapes.

FORMULATION DES HYPOTHÈSES SUR LA PROBLÉMATIQUE, RESSOURCES ET DIFFICULTÉS

Lors de l'élaboration de cet ouvrage, un des principes fondateurs de l'ergothérapie a été discuté : les hypothèses sur la problématique du patient sont toujours une activité qui ne peut être accomplie ou qui est accomplie de manière inadéquate. Les pensées, l'humeur, les sentiments et les émotions agissent directement ou indirectement sur l'activité. Les patients ont la capacité, avec le soutien de l'ergothérapeute, d'observer cette relation entre l'activité et leurs constituants à partir des difficultés psychiques.

Dans la continuité et la discontinuité du traitement, de nombreux événements peuvent empêcher ou en permettre la poursuite, par exemple : la prise de conscience et la reconnaissance de la réalité de ses troubles psychiques par le patient ne sont jamais évidentes. Il faut souvent des crises successives et parfois de longues années pour arriver à cette reconnaissance. Pour une partie des patients elle ne s'effectue pas. Leurs pensées perturbées deviennent la réalité de leur identité et de leur rapport au monde. Il peut survenir au cours du traitement des événements de vie (conflits ou rapprochement avec ses thérapeutes, ses proches, sa famille, accident, rencontre amoureuse) qui viennent heurter la logique et le choix du traitement. Le traitement médicamenteux antipsychotique qui agit sur les symptômes dits « positifs » (hallucinations, délire, perturbation

de la pensée) empêche ou altère fortement l'imaginaire, indispensable à toute vie psychique. Cette altération peut alors être vécue comme insupportable et provoquer l'arrêt du traitement.

Ainsi la succession des décompensations psychiques nécessitant des soins d'urgence ou de crise doit être interprétée autrement qu'en termes d'échecs. Souvent les crises répétées et les tentatives multiples de traitement ou de prise en charge dans la communauté peuvent être comprises comme un effort constant et progressif de rétablir la santé ou du moins de l'améliorer fortement. Nous sommes ici dans le même cas de figure que les processus thérapeutiques des personnes dépendantes (alcool, toxicomanies) avec leurs différents niveaux et paliers de régression et de progression.

Les éléments centraux qui permettent de faire le choix de l'ergothérapie avec le patient sont :

– L'adéquation entre l'indication médicale, le choix du patient et l'évaluation de l'ergothérapeute (équipe).
– L'adéquation entre la demande de soins et les moyens, compétences de l'ergothérapeute (équipe).
– Les éléments clés pour formuler les ressources et les difficultés de la personne sont l'expression du désir de changement, la motivation et se représenter investir une activité :

REYMOND

Reymond a fait trois ans d'études universitaires. Il a quelques années d'expériences professionnelles, en particulier dans le domaine bancaire. Suite à un conflit de travail, il est deux ans au chômage, puis il sollicite l'assistance publique pour subvenir à ses besoins. Son assistante sociale et son médecin le stimulent régulièrement pour envisager une reprise d'activité en vue de rompre son isolement qui dure depuis trois ans. Une des premières difficultés discutées concerne les conditions de vie dans son logement. Nous acceptons de discuter de cette question (voisin et école bruyante) qui est urgente pour Reymond et de trouver ensemble un réseau de soutien qui puisse aborder cette question. Un organisme qui propose le soutien au logement personnel est d'accord d'entrer en matière. Aujourd'hui cette question du logement n'est pas encore résolue, mais le processus d'ergothérapie, des activités investies positivement, a permis à Reymond de renouer ses liens sociaux et d'envisager des activités à l'extérieur du centre.

Il suit régulièrement les séances. Il a développé des activités dans les domaines de l'écriture, du groupe création et de la cuisine. Ses capacités cognitives sont bonnes (concentration, mémoire, organisation et capacité d'initiatives), mais néanmoins ses investissements restent fragiles (risques de décompensation si relations conflictuelles). Le temps d'activités est réduit suivant le niveau de stress (exemple : cuisine maximum 2 heures). Le besoin de réassurance de la part du thérapeute est constant. Si le support thérapeutique est absent ou pas suffisant, risque de retrait. Le réseau de relations à l'intérieur du centre et à l'extérieur s'est bien développé.

PLANIFICATION DU TRAITEMENT

Les buts et objectifs généraux du traitement sont définis avec le patient, son médecin et l'ergothérapeute. Les objectifs spécifiques du traitement sont établis prioritairement avec le patient, il en est le principal auteur. Ils sont ensuite discutés en équipe communautaire et avec le réseau. Il est important que la majorité des partenaires du traitement proposé adhèrent au projet thérapeutique. De multiples facteurs peuvent venir interférer dans ce processus et même parfois en modifier profondément le sens. Ainsi la cohérence du travail individuel, communautaire et de réseau est essentielle pour donner toutes les chances de succès au projet décidé. Souvent les entretiens, évaluations et bilans ont pour fonction de redonner et de réactualiser le sens du projet thérapeutique.

PROGRAMME DE TRAITEMENT

Le contrat tripartite (patient, médecin, ergothérapeute) définit les objectifs généraux et spécifiques. Cet accord a été validé par l'équipe communautaire et si possible le réseau. Il s'agit alors de définir les modalités d'exécution du contrat dans trois domaines principaux : l'activité, le cadre et les relations.

L'activité

Toute personne cherche une reconnaissance dans son travail. La reconnaissance principale d'un travail vient de son utilité sociale et de sa bonne facture, avant le salaire et le statut qui y sont associés (Dejours, 1995).

Ainsi une grande importance est accordée à l'activité choisie. L'activité en soi n'a pas de propriétés positive ou négative. C'est le contexte dans lequel elle est pratiquée et le sens que la personne et/ou le collectif de travail lui donne, qui prend une valeur spécifique, singulière.

L'ergothérapie (soin par l'activité) en santé mentale va opérer un processus thérapeutique en répondant à deux besoins fondamentaux :

– Le besoin d'activité, quelle que soit sa forme (travail salarié, activité bénévole, activité de développement personnel…), fait partie de son projet de vie. Cette activité est plus ou moins choisie, elle peut être plus ou moins aliénante ou émancipatrice, ou les deux à la fois.

– Lorsque la santé mentale est atteinte, le besoin de récupérer son intégrité psychique, de diminuer sa souffrance est vitale.

Ainsi ces deux besoins, être reconnu, se sentir utile, valorisé dans une activité et moins souffrir, rétablir sa santé, peuvent conduire à un choix ergothérapeutique.

Mais pour que ce choix puisse déployer pleinement son effet, encore faut-il expliciter et décider si les objectifs thérapeutiques vont rencontrer les compétences du thérapeute et de l'indication médicale. Chaque situation est alors évaluée pour elle-même.

Le patient doit donner en effet son propre sens à l'activité pour que son projet thérapeutique se réalise. Ce sens peut être lié à son histoire personnelle, à un projet de travail ou de formation à réaliser, à un désir jamais réalisé et qui peut se concrétiser.

Nous sommes attentifs à ce que le choix de l'activité ne soit pas le projet d'une autre personne.

L'interaction entre l'activité choisie au départ et le projet d'activité imaginé à la fin du traitement est un élément du dialogue thérapeutique constant entre le patient et l'ergothérapeute.

Exemples : « Je choisis l'activité cuisine, elle va me permettre de continuer, après l'ergothérapie, de la pratiquer dans un cadre protégé d'un restaurant à caractère social », ou : « Je choisis l'activité cuisine pour développer mes connaissances culinaires et pouvoir être plus autonome lorsque j'aurai un logement indépendant » ; ou : « Je choisis l'activité cuisine pour évaluer mes capacités d'organisation et de concentration et surtout être en relation avec les membres du groupe. »

Au centre du processus d'apprentissage, les habiletés nécessaires à l'accomplissement de l'activité vont être observées et discutées ; elles concernent principalement les compétences cognitives : mémoire, concentration, capacité d'organisation, de planification et d'anticipation :

ÉDOUARD (suite)

Les buts et objectifs de l'ergothérapie pour Édouard ont été formulés ainsi : participer au traitement médical, éviter l'isolement social et la décompensation psychique, permettre de se situer dans une activité et de mesurer ses capacités en relation avec son projet de reprise de travail, évaluer les capacités cognitives et relationnelles.

Il est décidé une séance d'ergothérapie par semaine dans le domaine de la cuisine.



Édouard vient régulièrement aux séances. Il a bien investi l'activité, en particulier lorsqu'il effectue un travail aux fourneaux. Il ne peut pas encore planifier 2 opérations différentes, l'une après l'autre. Il est nécessaire de lui répéter les consignes. Son temps de concentration est de dix minutes, puis il a besoin de stimulation. De temps à autre, sur les dix minutes de concentration, il a besoin de se détendre, il marche puis il revient à l'activité. Il prend des initiatives sans stimulation pour mettre les couverts, aller chercher le pain à la boulangerie et le couper. Il peut réaliser l'activité cuisine, avec des tâches simples, sur 2h30, puis il est fatigué. Il n'a pas de relations spontanées, mais lors de la pause il participe aux discussions.

Il dit aimer cette activité et avoir de bonnes relations avec les autres participants. Comme projet de continuité, à la demande d'Édouard, de son médecin et de son réseau (foyer et tutrice), continuer l'ergothérapie pour améliorer encore les capacités cognitives et relationnelles. Dans le désir de reprendre une activité professionnelle, travailler les étapes et conditions nécessaires pour arriver à ce but.

Le cadre

Un rythme hebdomadaire doit être proposé. Notre expérience nous montre que le temps optimum est de 1 à 3 séances par semaine. À ce rythme vient s'ajouter la possibilité pour la personne de s'entraîner en dehors de l'ergothérapie, dans le cadre des activités du Centre de jour selon les critères de l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales).

Un rythme d'activité est proposé dans la journée. Il permet de trouver des repères significatifs (temps d'activité, temps de pause, moment de discussion, interruption spontanée suivant le niveau de fatigue) dans l'accomplissement de l'activité.

Ce cadre défini est important puisqu'il permet de discuter de la continuité du traitement, de l'interprétation de la présence et de l'absence, de la régularité, de la ponctualité. Souvent les absences révèlent, par exemple, les problèmes de motivation, la difficulté à accomplir la tâche, des relations conflictuelles ou des troubles cognitifs liés aux difficultés d'organisation, de planification :

PIERRE

Après sa scolarité, Pierre commence des études secondaires, arrêt pendant la dernière année de la maturité. Premières difficultés psychiques à cette époque. Tentative de reprise d'études pour le baccalauréat, arrêt en cours. Essai école privée artistique, hospitalisation avant la fin de l'école. En juin 2002 hospitalisation volontaire, puis en octobre, intégration dans un foyer. Demande d'ergothérapie par l'équipe du secteur et son médecin traitant.

Buts de l'ergothérapie : collaborer au traitement médical pour éviter la décompensation psychotique, développer des relations spontanées à l'intérieur du Centre, investir et pratiquer des activités en modulant les efforts et les exigences dans le but de diminuer les risques de

troubles anxieux, acquérir connaissances et savoir-faire (atelier photographique et cuisine) en vue d'un projet professionnel dans un cadre protégé, soutenir projet d'activité en dehors du Centre.
Il est décidé deux séances d'ergothérapie par semaine, avec évaluation régulière et participation au bilan du réseau.

Pierre a eu des difficultés, au début du traitement, à investir et suivre régulièrement les séances. Son temps de concentration était limité (1h30), il était déstabilisé par le partage de l'espace commun, plutôt craintif dans ses relations. Nous lui proposons dans un premier temps de se concentrer sur la régularité en diminuant le temps de présence pour éviter une confrontation trop anxiogène aux autres patients. De lui permettre de quitter le lieu lorsque l'angoisse est trop forte. Après plus d'une année d'ajustement du cadre de l'activité, ses troubles anxieux ont diminué. Il investit de manière positive les activités. Il dit qu'il a du plaisir à les pratiquer. Son temps de concentration a augmenté (2h30). Il peut exercer les activités de manière autonome, en particulier la photographie. Il établit des relations en prenant l'initiative de la rencontre avec autrui.

Les relations

La relation aux autres et à soi-même est bien sûr un des éléments centraux du processus de l'ergothérapie en santé mentale, même si cette dimension est principalement travaillée et élaborée dans le cadre de la psychothérapie.

Les sentiments qui s'expriment durant l'activité, vis-à-vis des autres patients, des ergothérapeutes, membres de l'équipe du Centre de jour et clients vont être discutés avec le patient dans les moments formels et informels d'évaluation.

Ainsi l'activité s'inscrit toujours dans des rapports de confrontation, de collaboration ou de distance relationnelle :

JACQUELINE (suite)

Buts du traitement d'ergothérapie de Jacqueline : collaborer au traitement de ses troubles psychiques, évaluer ses capacités d'investir une activité et de comprendre le sens, rythme et engagement, pratiquer une activité en ayant du plaisir et exercer des tâches simples, sortir de chez soi dans un cadre rassurant ; développer des relations, socialisation, éviter l'hospitalisation.

Constats et résultats : durant l'année, Jacqueline n'a pas réussi à respecter le cadre de l'ergothérapie, elle vient irrégulièrement, à d'autres moments que prévus et elle a beaucoup de difficultés à comprendre et suivre une tâche simple (important déficit d'attention). Ses relations sont difficiles, elle est méfiante et elle agresse sans raison apparente des patients et clients du restaurant. Ce comportement est discuté régulièrement pour montrer les limites de cette attitude et ses conséquences, risques de rejet et de défection des clients. Après une année, sa situation s'améliore, elle a réussi à accepter le traitement médical, elle a une bonne relation avec ses deux infirmières et elle vient plus régulièrement en ergothérapie. Elle réussit à effectuer des tâches simples. Elle est plus concentrée dans son travail. Elle a moins de relations agressives. Si le sujet de la discussion est trop angoissant, elle passe à un autre sujet.



La relation à soi, durant l'activité, fait également partie du cheminement avec le patient. Cet aspect est abordé dans un questionnement général qui concerne la récupération de l'estime et de la confiance en soi. L'activité vécue dans la relation aux autres peut provoquer sentiments de rejet, de peur, d'agressivité, de culpabilité.

APPLICATION DU TRAITEMENT

Le partage de l'activité fait partie des principes de notre approche sociale et communautaire de l'ergothérapie. Le thérapeute n'est pas seulement en situation de transmettre un savoir-faire, mais il participe également à l'activité. Ce partage, cette coopération est un élément essentiel de la philosophie du traitement. Le produit réalisé est porteur de sens. L'ergothérapeute (l'équipe) qui y participe lui donne ainsi un sens qui va au-delà de sa fonction thérapeutique. Il a une fonction sociale, culturelle ou économique. L'appropriation de l'activité et du projet thérapeutique est alors un moteur de changement.

Tout au long du traitement, le thérapeute et/ou le patient peuvent proposer des entretiens que l'on nomme «le dialogue thérapeutique»: pour questionner le processus de l'activité, il est nécessaire d'en discuter le vécu avec le patient. C'est un échange qui tente d'expliciter les liens entre les objectifs thérapeutiques décidés par le patient et leur déroulement concret dans le temps et l'espace. Le thérapeute essaie de rendre intelligible cette confrontation par ses observations, sa participation à l'activité, son soutien dans les moments d'apprentissage, les remarques des co-thérapeutes et de l'équipe sociale:

MICHEL

Michel s'est engagé comme apprenti de commerce après sa scolarité primaire et secondaire pendant une année. Il n'a pas réussi à obtenir un CFC. Activités professionnelles ponctuelles: jonglerie, brocante, divers petits jobs. Depuis plus de douze ans, il est dépendant aux opiacés et souffre de troubles anxieux et dépressifs. Depuis cinq ans, il suit un traitement de substitution et psychothérapeutique.

Buts de l'ergothérapie et objectifs: éviter rechute causée, entre autres, par l'ennui et l'inactivité, éviter décompensation dépressive, sortir de l'isolement social et prendre distance avec le milieu «toxicomane», investir une activité avec régularité et constance, ne pas se disperser, envisager à moyen terme une activité à l'extérieur du Centre. Michel choisit une activité de création (peinture et dessin).

Constats et résultats : 1re période, engagement irrégulier dans l'activité (écriture, dessin, peinture), tendance à la dispersion dans le Centre. Bonne autonomie dans la pratique créatrice. Proposition de travailler sur la régularité pour potentialiser l'effet thérapeutique.
2e période : Michel vient régulièrement aux séances, mais il n'arrive pas encore à se concentrer de manière optimale. Pour la 3e période, en accord avec lui, il est décidé de se concentrer sur une activité et la réaliser du début à la fin. Définir 3 phases durant la séance d'ergothérapie, 1h d'activité, 1/2 h de pause, 1h d'activité, ne pas se disperser dans l'espace, rester à sa place, éviter les dialogues avec les autres participants pendant la pratique de création, utiliser les pauses pour les relations.

Les émotions, les sentiments, les pensées, les éléments factuels, les moments de crises parfois, sont restitués par le patient, ils sont discutés. Si ce dialogue fait référence à une interrogation plus profonde de la dynamique intrapsychique du patient, il sera proposé d'en discuter dans le cadre de sa psychothérapie.

ÉVALUATION DE L'INTERVENTION

Nous définissons l'évaluation de l'intervention comme un ensemble d'évaluations intermédiaires et finales, avec le patient, avec l'équipe, avec le réseau. Le processus thérapeutique vécu, les objectifs généraux et spécifiques en discussion, doivent légitimer ou critiquer ce processus.

Les indicateurs qui servent à mesurer la pertinence de l'activité thérapeutique (exigences LAMal) sont l'adéquation ou l'inadéquation entre les buts, les objectifs généraux et spécifiques formulés par le patient et leurs résultats. Ils sont atteints, partiellement atteints ou pas atteints :

RAPPORT D'ERGOTHÉRAPIE. CONCERNE : VICTOR, NÉ EN 1955

Contexte : Formation d'ébéniste, a peu pratiqué son métier, accident grave de moto à 21 ans, début des troubles psychiques. Chômage, puis mise à l'AI vers 28 ans. Quatre hospitalisations psychiatriques dont une de neuf mois. Logement indépendant, vit proche de ses parents.

Demande de traitement d'ergothérapie par l'équipe psychiatrique du secteur suite à la dernière hospitalisation. Indication médicale du médecin traitant.

Buts de l'ergothérapie : collaborer au traitement médical pour éviter une décompensation psychotique.

Sortir de chez soi, dans un cadre sécurisant, reprendre confiance en soi, pratiquer une activité de création régulièrement, avoir du plaisir et renforcer ces capacités cognitives (concentration, environs 2 h par séance, soutenir planification et organisation d'activités hebdomadaires), développer des relations spontanées à l'intérieur du Centre, éviter l'hospitalisation.



Programme de traitement (depuis 2001 jusqu'à ce jour en 2005) : il est décidé une séance d'ergothérapie par semaine, avec évaluation régulière (capacités cognitives et relationnelles). Moduler le temps et le rythme pour éviter le stress.

Constats et résultats : Victor vient régulièrement aux séances. Il a développé une activité de peinture très élaborée (création d'un calendrier, expositions de ses peintures, décoration du restaurant). Depuis le début de ce traitement, il n'a plus eu de décompensation et d'hospitalisation. Le cadre rassurant de l'ergothérapie lui a permis de développer de bonnes relations avec l'équipe et les autres patients. Son temps de concentration optimum est de 2 h par séance, risque de désinvestissement si le temps est trop long.

Projet : à la demande de Victor et en accord avec les ergothérapeutes, continuer les séances d'ergothérapie 1 fois par semaine, maintenir l'état psychique positif tel que vécu aujourd'hui. Venir peindre une fois par semaine, de manière indépendante, au Centre de jour. Progressivement envisager une activité de création à l'extérieur du Centre.

Actuellement, nous étudions la possibilité d'adapter la méthode canadienne MRCO (Mesure de rendement occupationnel, LAW, 2000) que l'on peut traduire en français par « Mesure pour mener à bien une activité ou pour réaliser une activité », comme instrument de mesure de l'activité par le patient lui-même.

Les objectifs principaux et spécifiques peuvent évoluer au cours du traitement. Les moments d'évaluation sont mis en place soit régulièrement, soit sur demande au cours du processus de traitement, ils sont décidés avec le patient.

Ils sont de trois types : évaluation et/ou bilan entre le thérapeute et le patient ; évaluation et/ou bilan entre le patient et l'équipe communautaire, évaluation et/ou bilan avec le patient et les membres du réseau.

L'évaluation sommative peut être également comprise comme un moment d'évaluation globale de la pratique ergothérapeutique, à partir de situations concrètes, dans le cadre du « système qualité » du Centre de jour. Ce système qualité est certifié par un organisme expert.

Ce type d'évaluation s'apparente alors à un « cercle de qualité » : à partir d'une situation concrète, l'ensemble des intervenants se prononce, discute et critique le processus thérapeutique et d'accompagnement social. La plupart du temps sont choisies des situations qui posent problème.

Les indications concernent l'ensemble de la nosographie psychiatrique générale. Les contre-indications en milieu ambulatoire et communautaire sont principalement liées aux atteintes psychiques aiguës et neuropsychiatriques sévères ainsi qu'à la consommation active de produits engendrant la dépendance.

ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE EN FONCTION DES POPULATIONS

Depuis plus de vingt ans, nous avons été particulièrement sensibles aux possibilités d'intégration professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques. Qu'on le veuille ou non, le statut de salarié est encore ce qui distingue la personne dans sa valeur identitaire et il constitue le lien intégrateur le plus puissant (Castel, 1995).

Les dernières études du Programme national suisse de recherche (PNR 45) sur le handicap et l'invalidité ont mis en évidence l'augmentation des personnes souffrant de troubles psychiques sous l'influence de plusieurs déterminants sociaux et économiques (Stünzi, 2003). Deux grandes tendances sont observées : les modifications d'ordre économique et social, et la façon d'appréhender et de traiter le handicap psychique.

La première étude sur l'intégration professionnelle des personnes handicapées en Suisse a été publiée (Baumgartner, Greiwe, Schwarb, 2004). Elle a mis en évidence que seulement 8 % des entreprises emploient au moins une personne handicapée, ce qui représente le 0,8 % de l'ensemble des emplois salariés de notre pays.

L'extrapolation du sondage, représentatif auprès de 1600 entreprises, permet de conclure que 27 000 personnes souffrant d'une limitation fonctionnelle ou d'une restriction d'activité sont actuellement employées dans une entreprise suisse. Cette proportion est une des plus faibles en comparaison avec les pays voisins. Les obstacles à l'engagement sont principalement d'ordre économique (par exemple : capacité productive réduite des handicapés, absentéisme, charges supplémentaires liées au handicap).

Ainsi une grande partie des personnes souffrant de troubles psychiques chroniques ne trouvent de places adéquates ni dans l'économie publique et privée, ni dans des emplois protégés. À Genève, les activités protégées couvrent 20 % des besoins supposés : 1088 personnes bénéficient d'un emploi ou d'une activité protégée sur 5890 rentiers AI (source : DASS, Département de la santé et de l'action sociale). Les autres personnes se retrouvent soit dans des circuits de types SDF, appartement-café-rue, isolées dans leur logement ou chez leurs parents, soit dans l'effet « porte à tambour » (sorties et entrées multiples à l'hôpital psychiatrique).

L'absence d'activité, le désœuvrement, les échecs successifs émoussent le désir et la capacité d'investir un projet de travail, d'activité. Cette situation renforce l'altération de la santé et conduit ainsi à des décompensations successives. C'est une hypothèse d'explication de la dégradation de la santé psychique de la population.

L'ergothérapie sociale et communautaire peut jouer un rôle dans les processus de rétablissement de la santé ; si l'ensemble des moyens d'intégration professionnelle, sociale et de réhabilitation jouent pleinement leur fonction.

Pour éviter la dégradation de la santé psychique sur le lieu de travail, il faudrait obliger les entreprises à prendre des mesures de prévention, d'adaptation du poste de travail et de transformation de l'organisation de travail qui rend malade. En Europe, d'après les recherches de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (CTSM, 2002), on a observé une augmentation très importante des atteintes psychiques et musculo-squelettiques.

Nous sommes dans une société à plusieurs vitesses d'intégration. Accepter cette réalité, c'est inéluctablement abandonner des personnes dans des situations de souffrance et d'errance, et qui n'auront même plus la force et le désir de rejoindre la communauté de travail. C'est un choix politique lourd de conséquences.

Quelles sont les solutions pour sortir de cette impasse ?

Depuis plus de trente ans, les mesures envisagées et appliquées étaient incitatives : de promotion de l'intégration, d'information des entreprises, de législation qui favorise, sans contrainte pour les employeurs. Toutes ces mesures ont échoué dans leur but, c'est-à-dire de faire progresser l'intégration.

Maintenir la capacité de gain grâce à de nouvelles mesures de réinsertion (projet du Gouvernement suisse), et en renforçant les interventions thérapeutiques (l'ergothérapie pouvant être incluse dans ce programme) pour éviter les rentes est positif à deux conditions :

– Il faut investir dans l'accompagnement en cours d'emploi. Il faut aussi trouver des employeurs offrant ce type d'emplois (Gartner, 2005). Ces deux propositions ne se réaliseront que si l'on oblige les employeurs à les respecter.

On peut estimer que l'ergothérapie sociale et communautaire du domaine de la santé mentale peut se développer si des ergothérapeutes

ont la volonté de s'investir dans ce champ professionnel et qu'ils envisagent de la pratiquer de manière décloisonnée.

Il est nécessaire d'avoir une vision globale de la personne pour mener à bien un processus thérapeutique ; il est nécessaire d'envisager notre pratique dans des organisations ouvertes sur la communauté.

BIBLIOGRAPHIE

ARCADE 84 (2004). CLASSEUR SYSTÈME QUALITÉ. Genève : Arcade 84.

ASSOCIATION DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES BIPOLAIRES ET DE DÉPRESSION (2004). PLAQUETTE DE PRÉSENTATION. Genève : ATB.

ASSOCIATION L'EXPÉRIENCE (2004). PLAQUETTE D'INFORMATION, Genève : L'Expérience.

BAUMGARTNER, E., GREIWE, S., SCHWARB, T. (2004). « L'intégration professionnelle des personnes handicapées en Suisse. » SÉCURITÉ SOCIALE, CHSS.

BASAGLIA, F. (1970). L'INSTITUTION EN NÉGATION. Paris : Seuil.

BASAGLIA, F. & BASAGLIA ONGARO F. (1976). LA MAJORITÉ DÉVIANTE. Paris : Édition 10/18.

BARNES, M. & BERKE, J. (1973). UN VOYAGE À TRAVERS LA FOLIE. Paris : Fayard.

CASTEL, R. (1976). L'ORDRE PSYCHIATRIQUE. Paris : Les Éditions de Minuit.

CASTEL, R. (1995). LES MÉTAMORPHOSES DE LA QUESTION SOCIALE. Paris : Fayard.

CELIS, R. ET BOVET, P. (2002). «Psychiatrie phénoménologique et Dasein analyse.» In DURUZ, N. et GENNART, M. (Éds).TRAITÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE COMPARÉE. Genève : Médecine et Hygiène, 93-117.

COLLECTIF TRAVAIL, SANTÉ ET MONDIALISATION (2002). POUR NE PAS PERDRE SA VIE À LA GAGNER. Genève : CTSM.

DEJEU, G. M. (1999). LES GRANDS PRINCIPES DE LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE (s.d.).

DÉJOURS, C. (1998). SOUFFRANCE EN FRANCE. Paris : Seuil.

DÉJOURS, C. (1995). LE FACTEUR HUMAIN. Paris : PU.

DURUZ, N. & GENNART, M. (2002). TRAÎTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE COMPARÉE. Genève : Médecine et Hygiène.

FORUM SANTÉ (Éd.)(2003). DROITS DES PATIENTS. Genève : Forum santé.

FOUCAULT, M. (1977). HISTOIRE DE LA FOLIE. Paris : Gallimard.

GARTNER, L. (2005). «Handicap et invalidité». SÉCURITÉ SOCIALE CHSS, PNR,45.
GENTIS R. (1971). GUÉRIR LA VIE. Paris : Maspero.

GOFFMAN, E. (1968). ASILES. Paris : Les Éditions de Minuit.

GREPSY, GROUPE DE RÉFLEXION ET D'ÉCHANGE EN SANTÉ PSYCHIQUE (2003). TROUBLES PSYCHIQUE, CARNET D'ADRESSES GENEVOIS. Genève : Pro Mente Sana, 40, rue des Vollandes, 1207 Genève.

JEANSON F. (1979). ÉLOGE DE LA PSYCHIATRIE. Paris : Seuil.

LA DOCUMENTATION FRANÇAISE (Éds) (2003). DROITS DES MALADES, VERS UNE DÉMOCRATIE SANITAIRE? Paris : La Documentation française.

LALONDE, P., AUBERT, C. ET GRUNBERG, F. ET AL. (1999). PSYCHIATRIE CLINIQUE. Paris : Gaétan Morin.

LAW, M., BATISTE, S., CARSWELL, A., McCOLL, M. A., POLATAJTO, H., POLLOCK, N. (2000). LA MESURE CANADIENNE DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL. Ottawa : CAOT Publication ACE.

LE PSY-TRIALOGUE (2005). PLAQUETTE DE PRÉSENTATION. Genève : Pro Mente Sana, 40, rue des Vollandes, 1207 Genève.

MEYER, S. (1997). LE PROCESSUS EN ERGOTHÉRAPIE. Lausanne : École d'Études sociales et pédagogiques.

MICHEL, J.-D. (2001). REVENDICATION DES USAGERS DE LA PSYCHIATRIE ET DU RÉSEAU D'AIDE AUX PERSONNES EN DIFFICULTÉS PSYCHIQUES. Genève : Pro Mente Sana.

RÉSEAU D'ENTRAIDE DES ENTENDEURS DE VOIX (2005). PLAQUETTE DE PRÉSENTATION. Genève : Reev.

SCHULER, R., RIESEN, A. (1988). RAPPORTS D'ASSOCIATIONS PRIVÉES : ARCADE 84. Genève : Cahiers Psychiatriques Genevois, N° 5.

STEINAUER, J. (1981). LE FOU DU RHÔNE. Lausanne : Les Éditions d'En Bas.

STUNZI, M. (2003). « Handicap et invalidité psychique en hausse : éléments d'explication d'un phénomène ». SÉCURITÉ SOCIALE, 3.

TOSQUELLES, F. (1984). ÉDUCATION ET PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE. Vigneux : Éditions Matrice.

LISTE DES AUTEURS

BÉLANGER René, erg., MBA, professeur de clinique au Département de réadaptation de l'Université Laval (Québec, Canada) ; coordonnateur clinique en ergothérapie et ergothérapeute en clinique spécialisée pour les psychoses débutantes à l'Hôtel-Dieu de Lévis, Québec, Canada.

BRIAND Catherine, erg., PhD, professeur adjoint à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, Québec, Canada.

CHAPPELL Julie, erg., responsable du Centre d'ergothérapie ambulatoire, Genève, Suisse.

ÉCUYER Catherine, erg., cabinet indépendant, Lausanne, Suisse.

EL NADI AMR, erg., chef de groupe EPP du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.

MANIDI Marie-José, coordinatrice et éditrice, erg., psychothérapeute, PhD, professeure à la HES Santé-Social de Suisse occidentale, éésp Lausanne, Suisse.

HESSE Wolfgang, psychologue, PhD, Alexianer-Krankenhaus, Cologne, Allemagne.

PANCHAUD MINGRONE Isaline, erg., licence en pédagogie, professeure à la HES Santé-Social de Suisse occidentale, éésp Lausanne, Suisse.

PFISTER EL MALIKI Anne-Catherine, erg., responsable du Service d'ergothérapie au Département universitaire de psychiatrie adulte, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.

PRÜNTE Katharina, erg., Alexianer-Krankenhaus, Cologne, Allemagne.

RIESEN Alain, erg., Arcade 84, Genève, Suisse.

RIVARD Stéphane, erg., Clinique jeunes adultes – spécialisée auprès des psychotiques, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Québec, Canada.

ROBERTS Patricia, erg., licence en psychologie, professeure à la HES Santé-Social de Suisse occidentale, éésp Lausanne, Suisse.

SCHÜLER Roger, erg., Arcade 84, Genève, Suisse.

LES CAHIERS DE L'EESP

Marie-José Manidi (dir.)

ERGOTHÉRAPIE COMPARÉE EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

14 x 21,5 cm, broché, 2006, 334 pages, 41 francs, ISBN 2-88284-048-9

Le traitement de la personne souffrant de troubles psychiques varie en fonction des modèles dont s'inspire l'ergothérapeute et du contexte de l'intervention.

Cet ouvrage présente neuf approches adaptées au processus de l'ergothérapie allant de la psychiatrie en soins aigus à la santé mentale communautaire. Ses apports en sont l'explication des principaux termes de chaque modèle, l'organisation de la démarche clinique en fonction de chacune des approches et l'illustration par des situations cliniques diverses et variées.

Ce manuel est ainsi un précieux instrument de travail pour les cliniciens, une aide à la réflexion, une base commune à l'enseignement ainsi qu'une illustration de l'efficacité et de la qualité de l'intervention ergothérapeutique.

Les approches sont l'intégration sensorielle auprès de patients schizophrènes, la thérapie cognitive et comportementale appliquée à l'ergothérapie, le modèle de l'occupation humaine adapté à la psychiatrie, l'analyse transactionnelle en ergothérapie, l'approche systémique : ergothérapie et thérapie brève centrée sur les solutions, l'approche biopsychosociale en ergothérapie, l'ergothérapie de l'âge avancé, l'ergothérapie ambulatoire, l'approche sociale et communautaire de l'ergothérapie.

Geneviève Heller, Pierre Avvanzino, Céline Lacharme

ENFANCE SACRIFIÉE.
TÉMOIGNAGES D'ENFANTS PLACÉS ENTRE 1930 ET 1970

14 x 21,5 cm, broché, 2005, 152 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-046-2

Cet ouvrage est dédié à la mémoire de Louisette Buchard-Molteni, qui a dénoncé publiquement le sort des enfants placés et qui avait entrepris une grève de la faim en 2003. Dix personnes, orphelines, abandonnées ou retirées à leur·s parent·s, témoignent de leurs placements en institution et chez des particuliers entre les années 1930 et 1970.
«Ces textes sont crus, brutaux parfois, et paraissent ressortir d'un autre temps. Ils reflètent pourtant des situations bien réelles, vécues il y a quelques décennies à peine. Leur publication constitue non seulement une source historique, mais aussi un signe de reconnaissance de la douleur ressentie par les personnes qui s'expriment. […] L'état des recherches ne permet pas aujourd'hui de déterminer une approche systématique de ces dérapages et de leurs causes, qu'elles soient individuelles ou liées à un système, mais il nous montre des souffrances qui ne peuvent pas être contestées.» (Extrait de la préface d'Anne-Catherine Lyon, conseillère d'État)

Véréna Keller

AIDER ET CONTRÔLER. LES CONTROVERSES DU TRAVAIL SOCIAL

14 x 21,5 cm, broché, 2005, 176 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-045-6

La précarisation des conditions d'emploi et la remise en cause de l'État social transforment profondément la société. Quelle est aujourd'hui la place du travail social ? À qui et à quoi sert-il ? Doit-on aider tout le monde ou seulement ceux et celles qui le méritent ? Comment concilier l'aide et le contrôle ?

Cet ouvrage s'intéresse autant aux principes de l'action sociale qu'à l'intervention des professionnel·le·s. Fondé sur une étude des services d'aide sociale de Zurich, de Bâle, de Genève et du canton de Vaud, il analyse différents modèles d'organisation. Quels sont les principes de l'aide ? Selon quels critères les services sociaux attribuent-ils les prestations, chroniquement insuffisantes ? L'égalité de traitement des bénéficiaires est-elle respectée ? Comment les tâches sont-elles réparties entre différents métiers ? Entre spécialistes et généralistes ? Entre femmes et hommes ?

Marianne Modak et Françoise Messant

ENTRE ENGAGEMENT ET ARRANGEMENTS. LE SENS DE LA RESPONSABILITÉ AU TRAVAIL CHEZ DES COLS BLANCS DE PME

14 x 21,5 cm, broché, 2005, 178 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-044-6

Les restructurations des entreprises suscitent-elles l'adhésion du personnel dans le sens voulu par leurs initiateurs ? Dans quelle mesure le personnel répond-il aux injonctions d'une direction qui lui ordonne de prendre des initiatives, d'être entreprenant et responsable ?

Basé sur des entretiens approfondis auprès de cols blancs travaillant dans des petites et moyennes entreprises industrielles de Suisse occidentale, cet ouvrage veut répondre à ces questions primordiales, et pourtant négligées, que soulève la restructuration. Il montre que si la responsabilisation des cols blancs diffère selon les étapes des restructurations en cours dans l'entreprise, cela ne se fait pas systématiquement dans le sens recherché par la direction.

Anne Steudler-Zinszner

ENFANT ET DROIT D'EXPRESSION.
APPLICATION DE LA CONVENTION DES NATIONS UNIES DE 1989

14 x 21,5 cm, broché, 2004, 128 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-043-8

Ratifiée non sans mal par la Suisse, la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (1989) bouleverse, pour autant qu'on y prenne garde, les représentations traditionnelles de l'enfance. Jusque-là, l'enfant était considéré comme un objet de droit, bénéficiant à ce titre d'un certain nombre de protections formelles. La Convention le définit comme un sujet de droit, lui conférant désormais un statut juridique qui le désigne apte à l'autodétermination et lui octroie la compétence de donner son avis.

Droit à la protection d'une part, droit à l'autonomie de l'autre, sont deux principes qui, sans être contradictoires, expriment une tension. Une tension qu'analyse Anne Steudler-Zinszner à partir de son travail de diplôme d'éducatrice de la petite enfance, tant sur la base des textes juridiques et de l'avis d'experts que sur celle d'entretiens auprès de spécialistes de la petite enfance. Le droit d'expression, le plus novateur, est abordé plus particulièrement.

Ne nous méprenons pas. En examinant de près la question des droits accordés à l'enfance, cet ouvrage ne se veut pas une énième contribution à la dispute, souvent marchande, sur l'enfant roi ou sur l'enfant tyran. Reste qu'il n'est pas vain de savoir de quoi on parle dès lors qu'on invoque les droits de l'enfant.

Joseph Coquoz, René Knüsel,
avec la participation de Gafia Galay, Gabriel Guélat, Maurice Jecker-Parvex

L'INSAISISSABLE PRATIQUE.
TRAVAIL ÉDUCATIF AUPRÈS DE PERSONNES SOUFFRANT DE HANDICAP. ÉTUDE PILOTE

14 x 21,5 cm, broché, 2004, 196 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-042-X

Que font les éducateurs et les éducatrices spécialisé·e·s ? À l'heure des compressions budgétaires, nécessitant une évaluation, une justification de l'ensemble des dépenses publiques, cette question prend une résonance toute particulière. Or, les réponses qu'on peut lui apporter manquent généralement de contenu précis. Le propos courant veut que les éducs… élèvent, qu'ils guident, qu'ils accompagnent – autant de métaphores traduisant l'embarras.
L'ambition de ce livre, fruit d'une recherche, est de décrire et d'analyser les actions de ces professionnels, non pas dans une perspective de contrôle ou de normalisation, mais pour faire apparaître ce qui constitue la quotidienneté de leurs pratiques. Pour accéder à celles-ci, il est nécessaire de briser quelques clichés et de se doter d'une méthode d'investigation comprenant l'observation des acteurs et leur implication par la parole.

Jean-Pierre Tabin, Véréna Keller, Kathrin Hofmann, Sophie Rodari, Anne-Lise Du Pasquier, René Knüsel, Véronique Tattini

LE «TOURISME SOCIAL»: MYTHE ET RÉALITÉ. L'EXEMPLE DE LA SUISSE LATINE

14 x 21,5 cm, broché, 2004, 208 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-041-1

Un spectre hante les États fédéraux, le spectre du «tourisme social», une pratique qui consisterait à choisir un lieu de domicile en fonction des prestations sociales offertes par une région.
Pour qu'un «tourisme social» existe, trois conditions sont requises:
D'abord, les inégalités de prestations entre régions doivent être importantes. Ensuite, l'information sur ces inégalités doit être accessible au plus grand nombre. Enfin, il faut que des personnes décident de déménager pour profiter de ces différences de prestations.
Qu'en est-il dans la réalité? Le «tourisme social» existe-t-il?
À partir d'une enquête approfondie dans les cantons de Suisse latine, cet ouvrage donne une réponse à cette question.

Gil Meyer, Annelyse Spack, Sabine Schenk

POLITIQUE DE L'ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE ET DE L'ACCUEIL SOCIO-ÉDUCATIF DE LA PETITE ENFANCE EN SUISSE

A5, broché, 2002, 139 pages, 29 francs, ISBN 2-88284-036-5

Depuis quelques années, l'accueil de la petite enfance occupe une place importante dans les débats de politique familiale et de politique sociale, au point que des questions telles que la pénurie de l'offre ou la pénurie de personnel qualifié sont devenues des thèmes politiques «tout court». Cet ouvrage dresse un état des lieux de la situation actuelle dans un pays, la Suisse, dont la structure fédéraliste engendre en la matière de fortes disparités selon les régions, les cantons, voire les communes. Ce livre s'adresse à ceux pour qui le développement des lieux pour la petite enfance demeure une priorité tant éducative que politique.

Geneviève Heller, Claude Pahud, Pierre Brossy, Pierre Avvanzino

LA PASSION D'ÉDUQUER. GENÈSE DE L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE EN SUISSE ROMANDE, 1954-1964

14 x 21,5 cm, broché, 2004, 488 p., 38 francs, ISBN 2-88284-040-3

La passion d'éduquer marque le 50e anniversaire du Centre de formation d'éducateurs pour l'enfance et l'adolescence inadaptées et présente l'histoire des débuts de la première école de ce type en Suisse romande (1954-1964). Les maisons d'éducation souffraient de graves carences en moyens pédagogiques et matériels. Les premiers éducateurs formés allaient contribuer à leur mutation. Leurs témoignages relatent les représentations que l'on se faisait de la profession naissante, les modalités de formation, la situation dans les institutions, les conditions de travail et les différentes trajectoires professionnelles. La sélection des élèves et les écrits professionnels attestent que l'identité de la profession d'éducateur était centrée prioritairement sur la personnalité du candidat.
Cet ouvrage est avant tout un essai de restitution d'une aventure collective vécue passionnément et marquée par son époque. Ses richesses sont-elles transmissibles ? Les récits et témoignages qui constituent le cœur de cet ouvrage répondent à leur manière à la question. À celles et ceux qui, aujourd'hui, ont mission de poursuivre l'aventure, de répondre !

ENFANTS DANS LA TOURMENTE. RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE HISTORIQUE «L'ŒUVRE DES ENFANTS DE LA GRAND-ROUTE», ÉDITÉ SUR MANDAT OFFICIEL DE L'OFFICE FÉDÉRAL DE LA CULTURE

A4, broché, 2003, 98 pages, 17 francs, nombreuses illustrations, ISBN 2-88284-037-3

Cette publication s'inscrit dans un projet d'accorder une large place à la dimension historique des questions et problèmes relatifs aux enfants. L'État et les communes auront toujours affaire à des enfants de groupes marginaux, qu'il s'agisse d'enfants de gens du voyage, d'ethnies étrangères ou de familles suisses tombées dans l'indigence, par exemple certaines familles monoparentales. Il est donc très important de comprendre pourquoi des institutions responsables, des communes et l'État ont totalement manqué à leur mission dans l'affaire de l'Œuvre des enfants de la grand-route et quels mécanismes ont conduit à cet échec.

Dr Jacques Bergier

TRACES DE MÉMOIRE

14 x 21,5 cm, broché, 2003, 136 pages, 28 francs, ISBN 2-88284-033-0

Ce récit autobiographique a été écrit à la fin d'une longue vie professionnelle par le Dr Jacques Bergier. C'est une contribution exceptionnelle à l'histoire médico-sociale de l'enfance dans le canton de Vaud, qui recouvre la naissance de la pédopsychiatrie, le problème des enfants affectivement carencés et le développement des mesures de protection de l'enfance.

Acteur majeur de cette histoire à partir du milieu du XXe siècle, Jacques Bergier a été médecin adjoint puis médecin-chef de l'Office médico-pédagogique vaudois (1946-1957), chef du Service de l'enfance (1957-1968), médecin responsable du Bercail, centre de psychothérapie infantile de l'Hôpital de l'Enfance à Lausanne (1951-1983), enseignant dès 1952 dans les principaux lieux de formation socio-pédagogique, professeur extraordinaire de psychopédagogie à l'Université (1968-1978).

Le souci constant de Jacques Bergier a été l'enfant perturbé auquel il s'est efforcé d'apporter une aide en tant que pédopsychiatre. Selon lui, cette aide était inconcevable sans la mise en place de structures pour coordonner la protection de l'enfance, dont il a développé et consolidé le réseau médical, administratif et institutionnel. Dans ce témoignage se tissent les circonstances, les projets et les réalisations dans lesquels il a été impliqué, mais aussi et surtout ses motivations, ses satisfactions et ses doutes.

Éditions EESP, chemin des Abeilles 14
CH-1010 Lausanne
Tél. 021 651 62 00 – Fax 021 651 62 88

Tous ces ouvrages sont disponibles chez votre libraire

Ils sont diffusés en Suisse par :
Albert le Grand SA
Route de Beaumont 20, 1700 Fribourg
Tél. 026 425 85 95 – Fax 026 425 85 90

Ils sont diffusés hors de Suisse par :
CID, bd Saint-Michel 131, 75005 Paris

Imprimé à Genève en avril 2006

43

LES CAHIERS

ERGOTHÉRAPIE COMPARÉE

Le traitement de la personne souffrant de troubles psychiques varie en fonction des modèles dont s'inspire l'ergothérapeute et du contexte de l'intervention.
Cet ouvrage présente neuf approches adaptées au processus de l'ergothérapie allant de la psychiatrie en soins aigus à la santé mentale communautaire. Ses apports sont l'explication des principaux termes de chaque modèle, l'organisation de la démarche clinique en fonction de chacune des approches et l'illustration par des situations cliniques diverses et variées.
Ce manuel est un précieux instrument de travail pour les cliniciens, une aide à la réflexion, une base commune à l'enseignement ainsi qu'une illustration de l'efficacité et de la qualité de l'intervention ergothérapeutique.

Les approches sont l'intégration sensorielle auprès de patients schizophrènes, la thérapie cognitive et comportementale appliquée à l'ergothérapie, le modèle de l'occupation humaine adapté à la psychiatrie, l'analyse transactionnelle en ergothérapie, l'approche systémique (ergothérapie et thérapie brève centrée sur les solutions), l'approche biopsychosociale en ergothérapie, l'ergothérapie de l'âge avancé, l'ergothérapie ambulatoire, l'approche sociale et communautaire de l'ergothérapie.

Les Cahiers de l'éésp
Chemin des Abeilles 14
1010 Lausanne

ISBN 2-88284-048-9

